MODULO 1: Politicas y Sistemas Sanitarios

Capitulo 4




# Politicas Sociales y Politicas de Salud




Asociacion Santafesina de Medicina General y Familiar

# INTRODUCCION AL CAPITULO 4

Siguiendo el eje tematico del primer modulo, en el Capitulo 4 se aborda el tema de las Politicas Sociales como continuacion y especificacion necesaria de los conceptos desarrollados en los capitulos anteriores. Las politicas sociales en general, y las politicas de salud en particular, surgen como una herramienta socialmente validada para garantizar el goce pleno de los derechos sociales y del derecho a la salud respectivamente.

Como vimos en el capitulo 2, respecto a los derechos civiles (de autonomia o libertarios ) y a los derechos sociales (o igualitarios) existen diferentes **modelos de estado** determinados por las prioridades que en uno u otro sentido emergan de las exigencias sociales (el estado liberal y el estado social). Mientras que en el primero se maximizan los derechos civiles, en el segundo se priorizan los derechos sociales: "...Las instituciones del Estado liberal fueron diseñadas "a la medida" de los derechos-autonomía o "libertades defensivas"; de la misma forma, el Estado social intenta desarrollar un aparato institucional capaz de garantizar la satisfacción de los derechos sociales. En cada momento histórico, los derechos fundamentales señalan el nivel de las exigencias sociales con relación al Estado, indican qué espera el ciudadano de los poderes públicos. En definitiva : la morfología institucional del Estado variará en función de cuáles sean los derechos fundamentales cuya satisfacción espera de él la sociedad...».

***"... La política social para garantizar los derechos sociales que implican una común pertenencia a la sociedad sobre la base del avance de la igualdad, implica poder y por lo tanto, la necesidad de construirlo en democracia como instrumento para la lucha y la conquista. Por esa simple razón, la política social es política y no simplemente la administración de los sectores sociales..." (Eduardo Bustelo)***

Tambien vimos en el capitulo 2 que los derechos sociales se identifican basicamente aunque no siempre con obligaciones positivas para con el estado (*obligaciones de accion o prestacion de bienes y servicios*: salud, educacion, vivienda, empleo, etc ) mientras que los derechos civiles se identifican (aunque no siempre) con obligaciones negativas para con el estado (*obligaciones de abstencion*: propiedad, censura, intangibilidad de bienes, etc);

En este sentido, cada sociedad, internaliza un sistema de valores (sistema normativo) que prioriza el diseño e implementacion de las politicas sociales de acuerdo al modelo de estado en que se encuadre y condiciona los modelos de financiacion y distribucion de bienes y servicios caracteristica de la prescripcion de las obligaciones positivas (o prestacionales) por parte de los poderes politicos.

Conceptos como equidad, accesibilidad, calidad y eficiencia son interpretados de manera diferente según una vision igualitaria o libertaria. La referencia a la equidad remite a juicios de valor que prevalecen en cada sociedad y que, aun en términos de su elección mayoritaria, van cambiando a lo largo del tiempo.

A su vez el predominio de posturas igualitarias o libertarias determina el grado de intervencion del estado y el rol que este desempeña en las funciones de regulacion, financiamiento o prestacion de los servicios sociales, siendo su contraparte el mercado, es decir quien asume estas funciones en ausencia de la intervencion estatal.

A partir de estas consideraciones iniciales se presentan los articulos del capitulo 4, que dividimos a su vez en 4 partes. La primera parte analiza los distintos conceptos e interpretaciones que se han hecho sobre los principios guia de la justicia distributiva, a la luz de las distintas posturas analizadas antes. La segunda parte presenta una serie de definiciones y categorizaciones de las politicas sociales de acuerdo a los objetivos especificos que persigan. La tercera y cuarta parte del capitulo 4 presentan una serie de articulos que lo articulan con el siguiente capitulo (Sistemas de Salud) ya que exhiben politicas de salud y estrategias de implementacion de las mismas basadas en los distintos modelos de estado analizados previamente. Estos articulos analizan y discuten el rol del estado y el rol del mercado en la regulacion, financiamiento y prestacion de los servicios sociales.

# ESQUEMA DE CONTENIDOS

# PRINCIPIOS NORMATIVOS QUE GUIAN EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE LAS POLITICAS SOCIALES

*Extraido del Texto "Principios Eticos para el Medico General Familiar" de Pracilio Horacio. Programa de Educacion Continuada MGF-XXI. La Plata. 1999*

La cultura de cada sociedad, contiene en general un sistema de valores que es siempre normativo, por el cual sus miembros asumen como parte de su herencia cultural, la nocion de lo que deben hacer o no hacer. En toda sociedad los individuos internalizan normas necesarias para la convivencia, incorporandolas como parte de su ser. Las normas son pautas o reglas de conducta que deben ajustarse a la realidad y que sirven para modelar las relaciones sociales. Este conjunto de normas, estos sistemas normativos, dan origen a los sistemas eticos, que reflejan el acuerdo general de una comunidad sobre lo que es correcto o no referido a la conducta humana, siendo la ley, en general su producto objetivado, legitimado por algun mecanismo de consenso social o politico.

Las politicas sociales, como esfuerzo sistematico de los estados para lograr la integracion social y la reduccion de las desigualdades, deben basarse en principios eticos universalmente aceptados y convalidados culturalmente a lo largo del tiempo. Estos principios constituyen fundamentos morales elementales que expresan obligaciones "prima facie", es decir constituyen deberes primarios que no obstante es preciso ponderar en cada situacion concreta.

La igualdad, la accesibilidad, la gratuidad y la equidad constituyen, los principios rectores que desarrollan la especificidad de los derechos sociales.

En cualquier caso, la justificación de los derechos sociales mediante el principio de justicia es otra conquista de la bioética, entendida como el estudio de los principios normativos antes mencionados, junto a la introducción del agente moral por el principio de autonomía, y la valoración de la vida humana con el principio de beneficenia. Los tres megaproblemas de la medicina posmoderna-costos, responsabilidad y calidad en la atención de la salud- tienen así una respuesta, o al menos un planteamiento sistemático, desde el nuevo orden bioético.

## El principio de Justicia

*Extracto del Texto* ***Bioética Sistemática de*** *Mainetti, José Alberto, La Plata, Quirón, 1991. Publicado en www.elabe.bioetica.org*

La justicia (del lat. iustitia, en el sentido originario o «físico» = corrección o adecuación, ajuste a un modelo) es el principio ético del orden social, la estructura moral básica de la sociedad que condiciona la vida de los individuos.

Según la tradición jurisconsulta romana, la justicia se entiende ante todo en términos de merecimiento, «dar a cada uno lo suyo» (suius quique tribuere): una persona es tratada con justicia cuando recibe lo debido, sea lo merecido, beneficio o perjuicio, premio o castigo (lo contrario es injusticia, injusto).

Otra distinción clásica es entre justicia conmutativa o retributiva, que regula los relaciones entre las personas, y la justicia distributiva, que regula las relaciones del estado con los ciudadanos. La justicia sanitaria se refiere mayormente a la justicia distributiva y comparativa, relacionada a la asignación de recursos escasos y a la competencia entre distintos reclamos que es necesario balancear. De aquí el concepto de equidad como principio formal de la justicia: «los iguales deben ser tratados igualmente y los desiguales desigualmente» .

Los principios materiales de la justicia identifican una propiedad relevante que sirve como base para la distribución de cargas y beneficios:

Ð A cada uno igual parte,

Ð A cada uno según su necesidad,

Ð A cada uno según su esfuerzo,

Ð A cada uno según su contribución social,

Ð A cada uno según su mérito.

En la historia del pensamiento occidental han cobrado vigencia sucesivamente cuatro principales concepciones de la justicia social:

- Ð La justicia como proporcionalidad natural,
- Ð La justicia como libertad contractual,
- Ð La justicia como igualdad social,
- Ð La justicia como bienestar colectivo.

En el debate contemporáneo sobre la justicia compiten teorías igualitarias, que enfatizan igual acceso a los bienes primarios (los marxistas acentúan la necesidad), libertarios, que enfatizan los derechos a la libertad social y económica, y utilitaristas, que enfatizan el uso mixto de tales criterios, a fin de maximizar la utilidad pública y privada.

Las tres principales doctrinas de la justicia social - igualitaria, liberal y redistribucionista compiten en la fundamentación moral de los sistemas alternativos de acceso a la salud: socializado, liberal y mixto.

*¨... en el debate contemporáneo sobre la justicia compiten teorías igualitarias, que enfatizan igual acceso a los bienes primarios , libertarios, que enfatizan los derechos a la libertad social y económica, y utilitaristas, que enfatizan el uso mixto de tales criterios, a fin de maximizar la utilidad pública y privada ...»*

# EQUIDAD EN LA PROVISION Y FINANCIAMIENTO DE LAS POLITICAS SOCIALES

*Extracto del Articulo de Centrangelo y Devoto "Reformas en la politica de Salud en Argentina Durante los Noventa con especial referencia a la Equidad". Centro de Estudios para el cambio estructural. Serie de estudios Nro 27. Septiembre de 1998.*

El punto de partida de cualquier estudio sobre la incidencia de las prestaciones de servicios de salud en una determinada sociedad debe ser el reconocimiento acerca de las dificultades en lograr consenso sobre la equidad deseada del sistema en su conjunto. La referencia a la equidad remite a juicios de valor que prevalecen en cada sociedad y que, aun en términos de su elección mayoritaria, van cambiando a lo largo del tiempo.

En los polos del debate teórico sobre la cuestión se encuentran, por un lado, la posición de aquellos que entienden que :

- Ð La utilización de los servicios de salud no debe ser objeto de elección individual ni depender de la situación económica de cada familia ("igualitaria"). Es el enfoque de aquellos que sostienen que la salud es un derecho de todos los individuos

y, por otro lado, la de aquellos que entienden que

- Ð Cada uno debiera consumir los servicios de salud que puede y quiere adquirir ("libertaria extrema"). Los defensores de esta posicion sostienen que la cobertura debiera estar definida exclusivamente por el funcionamiento de los mercados.

Puesto en estos términos, si bien hay numerosos defensores de la primera posición, es difícil encontrar quienes defiendan la segunda de ellas de manera extrema. Como una alternativa a la segunda postura se encuentran aquellos que

- Ð Defienden el derecho a un conjunto mínimo de prestaciones ("libertaria moderada"). Se acepta un derecho a un "estándar mínimo" de servicios de salud,

## Posicion Igualitaria

Los que sostienen una posición igualitaria afirman que la salud es un derecho de todos los individuos. Lo importante es tender a que todos alcancen un estado de salud similar, posición que podría provenir de una teoría social construida alrededor de la noción de distribución acorde a la necesidad. Ello se manifiesta en los objetivos de la política pública de alcanzar un igual acceso para todos y brindar tratamiento similar para los que tienen las mismas necesidades, con independencia de sus ingresos y de otros aspectos de su condición. Según este enfoque, la distribución del cuidado médico debería ser independiente de la distribución de renta, riqueza o cualquier otra forma de poder económico o político. La idea que sustenta esta posición es que cada sociedad debe definir, a través de su sistema político, que la salud es un bien diferente de otros que se comercian, y cuya distribución debiera ser independiente de las preferencias de los individuos manifestadas en el mercado mediante el mecanismo de precios. A este tipo de bienes se los denomina "meritorios".

Sin embargo, este enfoque requiere considerar otros aspectos relacionados al estado de salud

que alcanzan los individuos, y que no son necesariamente los servicios de salud a los que cada individuo puede acceder. En muchos casos, la existencia de un sistema universal de provisión de servicios de salud no es suficiente para lograr una salud similar entre los individuos de una sociedad. Se observa que el estado de salud se encuentra relacionado con otros factores como la vivienda, educación, nutrición, empleo, etc.; factores que en las clases bajas presentan importantes deficiencias. Estos elementos deben ser tenidos en cuenta al diseñar políticas orientadas al sector y evaluar su incidencia sobre la equidad.

***«... la distribución del cuidado médico debería ser independiente de la distribución de renta, riqueza o cualquier otra forma de poder económico o político y cada sociedad debe definir, a través de su sistema político, que la salud es un bien diferente de otros que se comercian, y cuya distribución debiera ser independiente de las preferencias de los individuos manifestadas en el mercado mediante el mecanismo de precios ...»***

## Posicion Libertaria Extrema

Considerando que la posición igualitaria podría afectar las libertades de los individuos al estar predeterminado el acceso al sistema de salud, la visión "libertaria extrema" defiende la idea de que cada individuo debe recibir la atención que pueda y esté dispuesto a adquirir. Para ello confía en la libre operación de los mecanismos de mercado como forma más adecuada de proveer a la atención de la salud. Al otorgar igual importancia a las ganancias y pérdidas de bienestar de los distintos individuos acepta que el consumo de servicios de salud de cada uno de ellos se realice de acuerdo con sus preferencias y posibilidades. El mejor estado de la sociedad será, entonces, aquel en que la suma de las utilidades sea máxima.

***«...en muchos casos, la existencia de un sistema universal de provisión de servicios de salud no es suficiente para lograr una salud similar entre los individuos de una sociedad. Se observa que el estado de salud se encuentra relacionado con otros factores como la vivienda, educación, nutrición, empleo ...»***

## Posicion Libertaria Moderada

Como un matiz de este último enfoque, la posición "libertaria moderada" considera que la equidad de un sistema de salud dependerá de que se asegure a todos un nivel mínimo de prestaciones. Más allá de ese mínimo, cada individuo tendrá libertad para aumentar el uso de los servicios de salud en función a su capacidad económica y sus preferencias, manifestadas en el mercado.

## Ineficiencia en la asignacion de recursos del mercado de la salud

La presentación de estas posiciones paradigmáticas intenta ordenar el análisis de la provisión y financiamiento de la salud en relación con la equidad. Antes de pasar a graficar simplificadamente cada una de las posturas presentadas, se realizará un breve comentario sobre la ineficiencia en la asignación de recursos del mercado de salud, a pesar de no ser el objetivo del presente documento.

Como surge de los párrafos anteriores, los diferentes matices de la posición libertaria suponen que el libre funcionamiento del mercado, al dejar gran parte de la provisión en sus manos, puede asegurar una buena asignación de recursos o mejorarla respecto de cualquier sistema en que el Estado tenga una función reguladora importante. Sin embargo, existen abundante bibliografía y experiencia internacional que afirman que este mercado define una asignación ineficiente. A continuación se exponen algunos de estos argumentos.

Es sabido que para que los mercados competitivos generen situaciones óptimas en materia de eficiencia debe tratarse de productos homogéneos, los diferentes agentes deben poder acceder a buena información acerca de aquellos, no deben presentarse externalidades y no se deben presentar importantes economías de escala con el objeto de que no existan agentes con un poder dominante en el mercado. Precisamente, el mercado de la salud es un ejemplo típico en donde este tipo de condiciones no se comprueba.

- En primer lugar, la consulta médica a un profesional es cualitativamente incomparable con la realizada a otro profesional, de tal manera que suele suceder que el paciente considere al precio como un indicador de calidad.
- En segundo lugar, la información que tiene un médico sobre las ventajas y características de

MODULO 1: Politicas y Sistemas Sanitarios

un determinado tratamiento recomendado a un paciente difiere sustancialmente de la información que tiene éste último. En realidad, el médico es, a la vez, un proveedor de información. Queda claro, entonces, que si un consumidor no sabe ni puede averiguar la diferencia entre un buen y un mal tratamiento no puede recorrer el mercado en busca de un mejor servicio y, en consecuencia, serán dudosas las ganancias en eficiencia derivadas de esa búsqueda.

Ð En tercer lugar, existen en el mercado de la salud externalidades macroeconómicas (asociadas, por ejemplo, con los beneficios de tener una población trabajadora sana que aumenta la producción y alumnos sanos que acceden a más horas de clase) que se suman a las obvias externalidades producidas por el tratamiento de enfermedades contagiosas.

Ð En cuarto lugar, algunas prestaciones (internación, cirugía y equipos de alta complejidad, entre otras) ofrecen claras ventajas de escala generando circunstancias propicias para la concentración del mercado. A su vez, otras prestaciones (campañas de prevención) no ofrecen posibilidad de exclusión a través de mecanismos de mercado, por lo que son considerados bienes públicos.

Estas fallas del mercado de la salud son de carácter estático. Adicionalmente, se deben considerar las fallas dinámicas. Nos referimos al hecho de que el funcionamiento de los mercados de la salud tienen componentes endógenos que derivan en el desarrollo de prácticas corporativas como mecanismo defensivo de los diferentes subsectores que componen la oferta frente a la eventual pérdida de rentabilidad .

Resulta difícil ofrecer aquí una presentación del fracaso del mercado de la salud en materia de eficiencia que supere las ya existentes. No obstante, llama la atención la continua aparición, en especial en el medio local, de propuestas de reforma que descansan sobre desmedidas expectativas en términos de mejoras en la eficiencia a partir de la introducción de mecanismos asignativos propios de la economía de mercado. Debe aclararse que esos mecanismos no complementan sólo las posiciones libertarias. En efecto, también puede pensarse en el diseño de un sistema igualitario que descanse sobre las pretendidas bondades del mercado. Ello sucede cuando se decide la distrubución de un bono de acceso a prestaciones de salud igual para todos, con el que cada ciudadano compra libremente esas prestaciones en el proveedor de su elección. Este es el mecanismo conocido como "subsidio de demanda".

No queremos decir que la libre elección por parte de los consumidores sea absolutamente perjudicial. Nuestra intención es aclarar, en cambio, que en este tipo de mercados imperfectos esta práctica no tiene los efectos en materia de eficiencia que sí se observan en otros mercados, como lo demuestra, por otra parte, la experiencia internacional. Precisamente, en un intento de presentar un marco teórico por abordar el tema de un seminario organizado por el Banco Mundial en 1990, William Hsiao concluyó que:

"los países en desarrollo pueden aprender que el control de los gastos en salud al tiempo que se provee cobertura universal e igual acceso al cuidado de la salud no ha sido logrado a través de los mecanismos del mercado en los países más poderosos."

Una de las características de este tipo de presentación es que la evaluación de la redistribución implícita en el esquema que defiende una cobertura mínima asegurada dependerá del nivel de esa cobertura. Ese paradigma aparece como un híbrido de los dos anteriores ya que la cobertura asegurada puede ser tan mínima que se acerque al esquema libertario o tan alta que llegue a confundirse con el paradigma igualitario. No obstante, la diferencia entre las posiciones de estándar mínimo e igualitaria son más profundas ya que aquella hace referencia a la necesidad de asegurar el financiamiento y la prestación de un conjunto de servicios clínicos esenciales focalizados en la población más necesitada.

Las posiciones básicas antes mencionadas pueden matizarse y dar origen a concepciones distintas tanto en lo analítico como en aspectos de política pública, según el tratamiento de cada uno de estas nociones específicas de la equidad.

En la práctica, los sistemas de salud se organizan de acuerdo con esquemas que son intermedios entre los tres enunciados mencionados con anterioridad. Sin embargo puede argumentarse que, de manera simplificada, las características de cualquier sistema de salud responden en cada momento a una de las orientaciones presentadas.

No debe olvidarse que el impacto del patrón de equidad adoptado dependerá, asimismo, del mecanismo de financiamiento que lo acompañe en cada caso.

Ð En lo referido al subsistema público, esta discusión remite a la definición del sistema tributario, cuestión que involucra consideraciones sumamente complejas. Basta mencionar que

*«... Las posiciones básicas antes mencionadas pueden matizarse y dar origen a concepciones distintas tanto en lo analítico como en aspectos de política pública, según la interpretacion que cada una de estas nociones específicas haga del concepto de equidad. En la práctica, los sistemas de salud se organizan de acuerdo con esquemas que son intermedios entre los tres mencionados con anterioridad. Sin embargo puede argumentarse que, de manera simplificada, las características de cualquier sistema de salud responden en cada momento a una de las orientaciones presentadas ...»*

los estudios de incidencia tributaria han sido objeto de serios cuestionamientos tanto desde el punto de vista lógico como estadístico.

ÐCon relación a los sistemas de Seguridad Social, es muy rica la literatura en torno a la mejor forma de financiarlo, partiendo del entendimiento de que la incidencia de un tributo sobre la nómina salarial que financia prestaciones sociales depende de una variada gama de factores, entre los que revisten suma importancia, la definición de la cobertura de los servicios así financiados y la estructura de los mercados. En cambio, no es muy relevante la calificación de esos tributos como contribuciones patronales o aportes a cargo de los trabajadores. Precisamente, el comportamiento de la oferta y la demanda en un determinado mercado es mucho más importante para la determinación de la incidencia real de un tributo que la denominación formal del impuesto. Esta reflexión llama la atención sobre la necesidad de un análisis combinado, que tome en cuenta aspectos relacionados con la provisión y el financiamiento de manera conjunta. Por otra parte, la progresividad o regresividad de un impuesto sobre la nómina que financie alguna prestación de la Seguridad Social, no puede ser analizado con independencia de la distribución de esa prestación. En el caso que nos ocupa, si el trabajador percibe las prestaciones de su obra social como un salario en especie no debe analizarse la carga que financia el servicio como un impuesto. En ese caso sería totalmente inequitativo que se financie el gasto de las obras sociales de los trabajadores y sus familias con impuestos sobre el consumo que pagan también los desempleados sin cobertura de ese subsistema.

# Definiciones de politicas sociales

***Por políticas sociales normalmente se entiende un conjunto de disposiciones legales y de acciones de parte de los poderes públicos, como de los distintos grupos sociales que tienden a proteger la existencia y la calidad de la vida humana de la totalidad de los integrantes de la respectiva sociedad. Operativamente es la produccion por parte de estos poderes publicos y grupos sociales de bienes y servicios con objetivos prestablecidos de acuerdo al predominio de las posiciones igualitaria o liberal en el plan general de gobierno o a las presiones externas o internas que recaen sobre esos grupos de poder. Lo que deberia definir a las políticas sociales es el objetivo de la universalidad, pero las posiciones básicas antes mencionadas pueden matizarse y dar origen a concepciones distintas tanto en lo analítico como en aspectos de política pública, según el tratamiento de cada una de estas nociones específicas de la equidad.***

## Que son y como se implementan las policas sociales

*Daniel Olesker, Economista. Extracto de la exposicion en el seminario "Necesidad de politicas Sociales como politicas de Estado" Organizado por la Presidencia de la Camara de Representantes. Montevideo. Ag/2001*

**Las políticas sociales se diseñan sobre la base del cumplimiento de dos objetivos:**

Ð Integración de la sociedad mediante politicas de prestacion de servicios publicos como ser salud, educación, vivienda, seguridad social, luz, agua, etc.

Ð Amortiguación de las desigualdades propias de las relaciones de producción capitalistas mediante políticas que tienden a compensar los efectos de la exclusión como ser las políticas de empleo, el seguro de desempleo, los subsidios de alimentación, la protección a la infancia, etc. Dentro de estas últimas a su vez están aquellas que están dirigidas a los sectores de mayor exclusión y que no pueden quedar en el marco del proceso social y económico capitalista. Es decir que el proceso social y económico genera un nivel básico de desigualdad y un nivel agravado de exclusión.

Por lo tanto debemos evaluar las políticas sociales como una combinación de políticas de prestación de servicios públicos, políticas de amortiguación de las desigualdades sistémicas y políticas de reducción del impacto de la exclusión.

## *Politicas de prestación de servicios públicos.*

Los servicios públicos son ante todo eso: públicos y por ende deberian ser prestados con el criterio de universalidad y justicia ya sea por organismos públicos ya sea por organismos colectivos sin fines de lucro. Ello significa el acceso de todos en iguales condiciones. Por ello son parte de las políticas sociales:

- La salud
- La educación
- La vivienda y los servicios básicos de la vivienda
- La seguridad social

De todas maneras, como vimos previamente existen diferentes posturas con respecto a la regulacion, financiacion, prestacion y mecanismos de acceso a los servicios sociales, por lo que el diseño e implementacion de las mismas depende, como ya dijimos, del predominio de estas posturas.

## *La amortiguación de la desigualdad sistémica*

### Politicas de Empleo

Las relaciones de producción capitalista se articulan sobre la base de una relación desigual básica entre el capital y el trabajo. A partir de allí la primer política social de este segundo ítem son las políticas de empleo. Dentro de ellas es necesario actuar sobre tres niveles diferentes de problema:

- **La cantidad de empleo**, es decir de no mediar políticas activas de empleo que premien con dinero la contratación de trabajo respecto al uso del capital, habrá siempre una brecha entre crecimiento económico y generación de empleo que provocará un desempleo estructural permanente.
- **La calidad del empleo** en tanto una forma de abaratar el costo del trabajo es la precarización y flexibilización de condiciones de trabajo, por lo cual es necesario políticas de regulación de las condiciones de trabajo.
- Finalmente, y como a pesar aún de las políticas anteriores, habrá desempleo en el sistema, es necesario **políticas de cobertura al desempleo** como ser seguro de desempleo, cobertura de quiebra de empresas, etc.

Por ende la política de empleo no es una política económica sino una política social.

### Politicas de Subsidio a la producción de alimentos básicos.

En segundo lugar a partir de esta desigualdad básica que se gesta en el proceso de producción, surgen desigualdades en el ámbito de la distribución de la riqueza y por ende en el acceso al consumo. Una parte de ello se resuelve por la vía de la universalidad de la prestación de servicios públicos, mientras otra parte, ligada a bienes mercantiles debe resolverse por otras vías. Y por ende el Estado debe tener políticas de subsidios que permitan el acceso universal y en igualdad de condiciones a la canasta familiar básica.

Por lo tanto la política de subsidios a la producción de alimentos básicos no es una política productiva, sino es una política social. Y no se trata de comedores para los más pobres sino una política sistemática (vía subsidios, almacenes públicos o precios testigo) de los bienes de la canasta familiar.

> ***«... debemos evaluar las políticas sociales como una combinación de políticas de prestación de servicios públicos, políticas de amortiguación de las desigualdades sistémicas y políticas de reducción del impacto de la exclusión ...»***

### Politicas Fiscales

En tercer lugar, la política fiscal es también una política social. Más allá de que su objetivo es también recaudar para poder financiar la prestación de los servicios públicos, cuando estos se hacen por organismos estatales, su diseño incluye aspectos sociales. Ya que está en boga su discusión digamos, y más allá de la discrepancia con el predominio de los impuestos al consumo, que la existencia de tasas diferenciales en el IVA es un tema clave de la política social. Una tasa única simplemente pone el objetivo de la recaudación como prioritario y deja de lado la política social clave en los instrumentos fiscales.

## *Politicas de lucha contra la exclusión agravada*

Las condiciones de desarrollo capitalista en su fase de globalización liberal que vivimos desde

los 80, en un contexto histórico sustancialmente distinto al vivido con el estado de bienestar, ha agravado el carácter excluyente del sistema y ha generado procesos de fragmentación social explosivos sobre los que es necesario actuar.

Y allí las políticas no son diferentes a las enunciadas hasta ahora. Solamente que deben alcanzar sectores más excluidos. Y entonces dentro de las políticas de viviendas, habrá políticas hacia la eliminación de las villas de emergencia, dentro de las políticas de salud habrá políticas de atención a sectores más excluidos, dentro de las políticas alimentarias, habrá comedores de mayor potencia, dentro de las políticas educativas, habrá una atención especial a los sectores excluidos. Pero dos observaciones centrales sobre lo erróneo de las tesis de la focalización de las políticas sociales:

Ð En primer lugar no son sustitutivas de las políticas macrosociales, sino son complementarias. No se trata de reducir el gasto en la Universidad para aumentar las escuelas de tiempo completo. Porque entonces perdemos la perspectiva de integración social y de desigualdad sistémica de la que hablábamos antes.

Ð En segundo lugar focalizar las políticas sociales, dando incluso un marco territorial propio, es decir viviendas todas juntas en barrios lejanos, su policlínica, su comedor y hasta su almacén, significan la definitiva exclusión de estos sectores, aún cuando se mejore un poco su calidad de vida.

Pues finalmente se los consolida como fragmento excluido de la sociedad y su movilidad e integración social desaparece por completo.

# EL PAPEL DEL ESTADO. EL MEDIADOR COLECTIVO. EL INTERMEDIARIO ENTRE PRESTADORES Y USUARIOS

*Extracto del Libro de Julio Frenk: “La Salud de la Poblacion: Hacia una nueva salud publica” 1996. Fondo de Cultura Economica. Mexico. (http://biblioteca.redescolar.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/toc.htm)*

El Estado no es un actor unidimensional u homogéneo. Además de su papel estrictamente regulador y mediador, ciertas organizaciones gubernamentales pueden ser prestadoras de servicios sociales (cuando el Estado está comprometido en la producción directa de servicios) o generadoras de recursos (por ejemplo, cuando el Estado maneja fondos de seguridad social o participa directamente en el adiestramiento del personal ).

Más aún, existen muchas instancias públicas que no forman parte del sistema de servicios sociales per se, pero que constituyen un elemento clave de su entorno organizacional. Este es el caso de las ramas legislativa y judicial del gobierno, así como de las dependencias ejecutivas encargadas del presupuesto público, la recolección de impuestos y el cumplimiento de la ley. Se puede concluir, por lo tanto, que el Estado ocupa múltiples posiciones en el sistema de servicios sociales y su entorno.

Entender la configuración precisa de la participación del Estado es un requisito para comprender los sistemas de servicios sociales. Por ello es necesario analizar las razones y las formas de la intervención del Estado. A continuación revisaremos las bases de la intervención:

El Estado puede garantizar el cumplimiento de los derechos sociales mediante tres mecanismos principales:

Ð Regulación
Ð Financiamiento
Ð Prestación directa de servicios.

Estos mecanismos no son mutuamente excluyentes; por el contrario, existe una suerte de asociación concatenada entre ellos, pues la prestación directa implica también financiamiento, y el financiamiento implica regulación. Qué tantas de estas funciones desempeñe el Estado determinará su grado de control sobre los prestadores. Así, la producción directa de servicios significa un mayor control que el financia-

miento solo. A su vez, el financiamiento implica un mayor control que en una situación en la que el Estado se limita a regular las actividades de los agentes privados. Estos conceptos resultarán más claros en el siguiente capitulo, cuando los apliquemos a la tarea de clasificar las modalidades de intervención del Estado. Por ahora, lo importante es entender que el grado de control representa la forma principal en que el Estado se relaciona con los prestadores de servicios, dentro del conjunto de interrelaciones que definen al sistema de salud.

## *Principios que el estado establece para regular el acceso de distintos grupos a servicios sociales*

La base de la relación del Estado con la población y sus organizaciones se da a través de los principios que el propio Estado establece para regular el acceso de distintos grupos a los servicios sociales. Estos principios de fundamental importancia etica y politica son los que determinan la equidad en la utilización de los servicios y las prioridades en la distribución de los recursos.

Históricamente, es posible identificar cuatro principios que emergen de las posturas Liberal extrema, Liberal moderada y la postura Igualitaria desarrolladas en otro capitulo de este modulo

**Poder de Compra**

Simplemente considera la prestacion de servicios sociales como un elemento más de la economía de mercado. Este principio se relaciona directamente con la postura liberal extrema.

Este principio determina el acceso al mercado privado de servicios; su base ética es que los servicios sociales no son diferentes a otros satisfactores que forman parte del sistema general de recompensas al que se accede por medio del ingreso monetario. Por tanto, este principio postula que los servicios de salud pueden comprarse y venderse en el mercado privado; el único mecanismo para regular el acceso es el precio.

En el capitulo anterior quedó claro que el mercado de servicios de salud exhibe muchas características especiales, las cuales obligan a sustraerlos del sistema general de recompensas. Ello sólo puede realizarse a través de la mediación del Estado. Las formas concretas en que el Estado resuelve esta cuestión forman la base de los restantes tres principios de acceso: la pobreza, la prioridad socialmente percibida y la ciudadanía.

**Pobreza**

Ha sido la base de la asistencia pública mediante la cual el Estado proporciona determinados servicios a quienes carecen de medios para adquirirlos. Este principio emerge de la postura liberal moderada.

Los beneficios se destinan a quienes demuestran indigencia o necesidad financiera. Este principio ha tomado cuerpo en las instituciones de asistencia pública, entre las que han destacado los ministerios de salud. Lejos de establecer una obligación pública, su fundamento es el interés político y la responsabilidad moral del Estado por ayudar a los grupos más necesitados de la sociedad y, de esta manera, proteger también a los demás. En base a este principio se desarrolla la estrategia de focalizacion.

> ***«... la base de la relación del Estado con la población y sus organizaciones se da a través de los principios que el propio Estado establece para regular el acceso de distintos grupos a los servicios sociales. Estos principios de fundamental importancia etica y politica son los que determinan la equidad en la utilización de los servicios y las prioridades en la distribución de los recursos ...»***

**Prioridad socialmente percibida**

Ha encontrado su expresión en la seguridad social, que permite a ciertos grupos definidos como estratégicos hacer contribuciones financieras para adquirir un derecho efectivo a servicios sociales. Este principio se relaciona tambien con una postura liberal moderada que considera como prioritarios a ciertos grupos en los que ciertas caracteristicas los hacen funcionales al modelo de desarrollo economico, militar o social en determinados contextos historicos. En el origen de este principio (La Alemania de Bismark) estos grupos estuvieron representados por soldados y trabajadores.

Ha sido característico de los seguros sociales en sus primeros momentos, aunque en la mayor parte de los países latinoamericanos ha permanecido como el criterio rector de las instituciones de seguridad social. El nombre de este principio se deriva del hecho de que beneficia únicamente a ciertos grupos sociales que son definidos por el Estado como prioritarios, sea porque tienen algún mérito especial o porque ocu-

pan una posición estratégica (por ejemplo, los trabajadores industriales, los funcionarios públicos o los miembros del ejército). Una vez reconocida la prioridad de tales grupos, el Estado establece una contribución financiera obligatoria a sus integrantes, a los empleadores y al propio Estado. Esta contribución especial no sólo asegura el financiamiento de los servicios, sino que además define un derecho a la atención de la salud, si bien únicamente para grupos limitados de la población.

Las inequidades a que han dado lugar los principios anteriores ha hecho necesario el desarrollo de una nueva forma de distribucion de los servicios sociales, con la finalidad de cerrar la brecha entre sus beneficios potenciales y el acceso real de la población a ellos. Este nuevo principio es el de ciudadanía y representa un salto cualitativo respecto a los anteriores, pues es el único que por definición no se restringe a algún grupo en particular, sino que aspira a tener vigencia universal dentro de un país.

**Ciudadanía**

Implica el acceso universal de todos los habitantes a los servicios sociales plasmandose asi la garantia por parte del estado del cumplimiento de los derechos sociales. Este principio coincide con la postura igualitaria en su forma pura.

El principio de ciudadania surge de una extensión de los derechos civiles y políticos hacia los asuntos sociales. Una de sus premisas es que la libertad, la igualdad y la justicia social son nociones vacías a menos que todos los habitantes de un país hayan alcanzado un nivel decoroso de vida. En este contexto la educación, la salud, el empleo, la vivienda y la alimentacion se vuelven, entonces, condiciones necesarias para una verdadera igualdad de oportunidades. En efecto, el acceso universal a a estos bienes y servicios se concibe como un medio para que cada generación entre a la vida social con las mismas oportunidades. Tal igualdad constituye, a su vez, la base ética para distribuir los beneficios del desarrollo económico. Según esta concepción, estos bienes y servicios dejan de ser una mercancía, un objeto de ayuda o un privilegio, para convertirse en un derecho social

## La regulacion de los servicios Sociales: El caso de Latinoamérica:

Los estados como marco organizativo de las naciones muestran en el mundo diferentes modos de regulación de los servicios sociales. En algunos países de América Latina una primordial característica hasta la crisis de los 80 era de ser considerados estados regidos por el modo "Keynnesiano", es decir el denominado "Estado benefactor o de bienestar"

En Argentina y en ese sentido al igual que en otros países, en el campo macro y micro económico el estado mostraba fuerte participación y poder de decisión en el desarrollo de los procesos productivos, como además en el planeamiento de las políticas sociales, económicas y de salud. El mencionado estado se constituía además un importante gestor de medios de producción, estimulando a los sectores por él considerados dinámicos de la economía, alentando la industria liviana y pesada, la agricultura y la ganadería y las pequeñas y medianas empresas. De ese modo intentaba estimular la generación de empleo y aumentar el consumo.

La crisis mencionada lleva a un rediseño de las economías regionales de los principales países del cono sur: Chile, Brasil y Argentina, entre otros. El marco de ese rediseño adquiere sustento al modificar las concepciones de los verdaderos poderes que debe ejercer un estado moderno en la eclosión de las economías en crisis.

Paralelamente a nivel internacional se produce una considerable oferta de empréstitos desde organismos multilaterales de créditos. Estos ofrecen dinero fresco para sanear las economías en quiebre, los que son tomados en su gran mayoría.

Inherentemente a todo esto los nuevos gobiernos en el auge democrático instalado en América Latina otorgan causalidad de la crisis a que las respectivas economías han invertido demasiado dinero en rubros capaces de generar productividad escasa o nula. En ese sentido se sostiene que los principales gastos efectuados en esos años han sido fundamentalmente en la administración estatal de los fondos de jubilación, la salud y la educación, además de la administración excesivamente burocrática de empresas de servicios públicos y de otras índoles.

Se otorga al estado benefactor la responsabilidad de la ineficacia y del escaso rendimiento económico de numerosas empresas y de la administración de la inversión social, la cuál desde ese criterio resulta excesiva y erróneamente dis-

tribuida. La corrupción es también signada como causa y comienza un proceso de ingreso de los sectores privados multilaterales en el siguiente orden: (siguiendo la lógica de que esta intervención es capaz de generar honestidad, por considerar corrupto en forma natural al estado):

- -Servicios públicos: Luz, gas, teléfonos, correos, trenes, línea marítima y aérea de bandera etc.
- -Servicios de la seguridad social: manejo de los fondos de distribución de pensiones y jubilaciones
- -Traspaso de administración a terceros de servicios de salud, entre otros.

Bajo esa perspectiva arriban los dineros aportados por los organismos internacionales los cuales contraponen condiciones como elevadas tasas de intereses y la determinación exclusiva de la forma en que ese dinero debe ser invertido.

Comienza el estado a ir perdiendo su capacidad de regulador de vastos sectores de la economía, mediante el traspaso de la responsabilidad a organizaciones que rigen su accionar bajo las leyes exclusivas del mercado financiero, lo que otorga un margen competitivo extremadamente desigual.

También se aprecia un sustancial cambio legislativo como fueron en Argentina la ley de "Modernización del estado" la cuál provoca importantes perdidas de las conquistas sociales de los trabajadores a través de la flexibilización laboral que es sumamente solicitada por los nuevos actores de la economía como condición de generar empleo y achicar el margen de desempleo que ya trepaba a dos dígitos por vez primera en Argentina.

# El papel del Mercado:
## Enfoque neoliberal de las politicas sociales

***La intencion del desarrollo que sigue es generar el debate. Para esto se presentan dos posturas antagonicas relacionadas a la implementacion de las propuestas del Banco Mundial en relacion a las politicas de salud.***

---

## La Salud: De Derecho Social a Mercancia

*Asa Cristina Laurell. Publicado originalmente en "Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud", Fundación Friedrich Ebert*

### *Introducción*

La política de salud propuesta por el Banco Mundial (BM) en su *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*, obedece a varios objetivos.

- El primero es compatibilizar esta politica con la doctrina neoliberal que ubica a la salud principalmente en el ámbito privado y sólo bajo ciertas condiciones como tarea pública.
- El segundo es adecuar esta política a las prioridades del ajuste fiscal lo que significa disminuir y reestructurar el gasto social público, incluyendo el de salud.

## Tendencias en la Reorganización de los Sistemas de Salud

*Iván Jaramillo Pérez. Revista de Salud Publica de Colombia*

La revalorización del mercado en su capacidad de proveer bienes y servicios en forma más eficaz, la descentralización territorial, la autonomía de las entidades públicas proveedoras de servicios y la disminución del tamaño relativo de la administración publica central, obligan a rediseñar la función rectora de los gobiernos nacionales y en ellos de los Ministerios de Salud. Hoy los Ministerios tienen menos capacidad para gestionar en forma directa los recursos: ya no nombran el personal, ya no compran suministros, ya no deciden autónomamente sobre las inversiones, e incluso ya no aprueban presupuestos específicos de entidades o proyectos de inversión en las localidades. Como contrapartida y balance los gobiernos nacionales y en ellos los Ministerios deben reforzar su función rectora y supervisora. Es necesario crear Superintendencias para el control, aprender a trabajar en red, desarrollar sistemas de información más poderosos, reforzar la capacidad profesional de los funcionarios de tal forma que en lugar de operadores de normas se prefieran a los productores de normas.

Para asegurar la capacidad rectora de los Ministerios de Salud en la formulación, organización y dirección de las políticas nacionales de salud, estos tienden a dotarse de instrumentos y mecanismos, como se ilustra a continuación.

### *Tendencias en las funciones esenciales de salud pública.*

La redefinición del rol del Estado en el mundo, obliga a pensar en una administración pública más pequeña, descentralizada y actuando en asocio con el sector privado. Dentro del nuevo contexto el gobierno nacional debe delegar en el sector privado y en las entidades subnacionales aquellas competencias en las cuales es menos eficiente y eficaz e identificar cuales son aquellas funciones que son indelegables y que le competen por su naturaleza misma. Para el caso de la salud el Estado debe redefinir el espacio propio que le corresponde a la Salud Publica desligándola de los servicios que pueden ser provistos mas eficazmente por el mercado .

Debe entenderse entonces que para los efectos de ejercer las funciones esenciales de Salud Pública al Estado siempre le compete regular los servicios de salud y en forma permanente garantizar con sus recursos propios la provisión de servicios de beneficio común y de altas externalidades.

### La función reguladora

Las macro tendencias de la gestión exigen que las regulaciones sean lo mas simples posibles, eliminando tramites innecesarios y confiando en la buena fe de los actores. Las normas que regulan derechos, deberes, formas globales de organización, fuentes de financiación, competencias y conductas generales deberían ser establecidas por las leyes o los decretos, pero las normas técnicas que regulan procedimientos, protocolos y guías de operación deberían ser reguladas por instrumentos más flexibles como las circulares y los instructivos.

Cuando las regulaciones son impuestas por la ley requieren trámites ante los organismos legislativos de cada país, sin embargo pueden ser delegadas por esa misma ley para que sean establecidas por los gobiernos y su autoridad sanitaria, o bien pueden ser delegadas, para que sean negociadas o consensuadas, mediante organismos colegiados de los cuales participen diversos actores del Estado y la sociedad civil con poder propio para tomar decisiones. Corresponde a la legislación de cada país definir las áreas de competencia de cada clase de organismo para cada tipo de decisiones, no obstante podría señalarse como criterio guía (mas no mecánico) que las decisiones que afectan los recursos de origen fiscal y la Salud Pública como bien público puro y universal deberían ser tomadas por la ley, o por la autoridad sanitaria, en cambio las decisiones que afectan el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios privados de salud pueden ser delegadas y tomadas colegiadamente.

- El tercero y ultimo de los objetivos es delinear políticas para amortiguar los costos sociales y políticos del ajuste. Parte de este esfuerzo consiste en construir un discurso social centrado en el combate a la pobreza, inaugurado en el Informe del BM de 1990

### *Las premisas y las propuestas.*

Este documento se desarrolla en base a tres premisas, no demostradas explicitamente en el texto, que constituyen por ello postulados ideologicos.

- La primera premisa subyacente al documento es que la salud pertenece al ámbito privado. Por tanto, el Estado-gobierno sólo debe ocuparse de los problemas de salud cuando los privados no quieren o pueden resolverlos.
- La segunda premisa se resume en que el sector público es ineficiente y frecuentemente inequitativo –debido a las diferencias de poder de presión sobre el gobierno de los distintos grupos- mientras elección libres en el mercado.
- La tercera premisa, presentada como realista y pragmática, es que los recursos públicos para salud son y seguirán siendo escasos.

### *Las responsabilidades del Estado*

A partir de estas premisas se propone una nueva distribución de responsabilidades respecto a la salud entre el Estado-gobierno y los privados. En este planteamiento sólo le corresponde al gobierno hacerse cargo de:- la producción de los *bienes públicos* en sentido restrictivo:

- Algunas acciones dirigidas al individuo con grandes externalidades, o sea, que implican beneficios colectivos más allá del individuo atendido;
- Medidas regulatorias y de información para contrarrestar las imperfecciones del mercado;
- Algunas acciones con alto rendimiento de costo-beneficio para aliviar la pobreza crítica.

Estas responsabilidades corresponden estrictamente a aquello que es justificable dentro de la doctrina neoliberal ya que son tareas que los privados no pueden o quieren asumir.

Así, la definición utilizada de *bienes públicos* se basa en los criterios de no exclusividad –todos se benefician- y no rivalidad –su uso por alguien no excluye su uso por otros- Bajo esta definición restrictiva sólo entran en este grupo medidas como el combate contra vectores o la contaminación, cierta información, etc. La razón por la cual el gobierno debe hacerse cargo de ellas es que los privados no tienen interés en

en producirlos ya que no suelen venderse como mercancías.

Cabe subrayar que en esta definición lo público está concebido como una categoría vacía de todo contenido histórico, valorativo y ético. Es decir, se ignora que, en el mundo real, el carácter público de un bien o una acción se determina a partir de que la sociedad lo considera valioso y/o socialmente prioritario y decide asumirlo y financiarlo colectivamente

Es esta la razón por la cual muchas sociedades, reconocen a la protección de la salud de sus miembros como de interés público y le adscriben estatuto de derecho social ciudadano.

En la propuesta del BM la inclusión entre las responsabilidades del gobierno de medidas con grandes externalidades, como la aplicación de algunas vacunas o el tratamiento de enfermedades muy contagiosas, se justifica porque se asemejan a los llamados bienes públicos.

Por otra parte, en esta visión las medidas regulatorias y de información son legítimas si no interfieren con el ejercicio de la libertad en el mercado y están encaminadas a compensar algunas de sus conocidas imperfecciones. Las medidas selectivas y eficientes para aliviar la pobreza crítica, finalmente, estarían justificadas porque los privados-pobres no pueden comprarlas en el mercado por lo que a los proveedores privados no les interesa producirlas. Resulta, entonces, un imperativo social mínimo financiarlas con recursos públicos.

La conclusión práctica de este razonamiento doctrinal es que el gobierno sólo debe hacerse cargo de algunas acciones de salud pública y un paquete de servicios esenciales no discrecionales.

***«... lo público** está concebido como una categoría vacía de todo contenido histórico, valorativo y ético; se ignora que, el carácter público de un bien o una acción se determina a partir de que la sociedad lo considera valioso y/o socialmente prioritario y decide asumirlo y financiarlo colectivamente. Es esta la razón por la cual muchas sociedades, reconocen a la protección de la salud de sus miembros como de interés público y le adscriben estatuto de derecho social ciudadano.*

## La responsabilidad en la provisión de servicios

De otra parte las macro tendencias en la gestión pública que obligan a sacar del sector gubernamental la provisión de bienes y servicios, exigen diseccionar las intervenciones, actividades y procedimientos que benefician la salud para definir:

- Ð cuales tienen el carácter netamente de bien público y por lo tanto su provisión y la financiación deben caer bajo la órbita indelegable del Estado y de sus autoridades sanitarias; y
- Ð cuales son de beneficio privado y por lo tanto pueden estar en su financiamiento, aseguramiento y provisión bajo responsabilidad de los particulares (incluyendo los sistemas de seguridad social).

No obstante los intentos de precisión, siempre existirá una área gris de servicios que no pueden ser clasificados taxativamente en el orden público o privado y deberían ser responsabilidad permanente o transitoria de ambos tipos de administradores o proveedores.

## La financiación y ejecución de los programas

Los programas de salud publica puros (que no incluyen servicios clínicos aunque sean esenciales) por definición deberían ser ofrecidos y garantizados por el estado a toda la población en forma universal, aunque con énfasis en los grupos de mas riesgo. Estos programas puros de salud publica por su naturaleza misma no pueden ser financiados permanentemente por otro medio que no sea los impuestos (y eventualmente por donaciones) y si se quiere garantizar su eficacia y universalidad deberían ser prestados en forma obligatoria y gratuita, sin que medien tarifas, aranceles, copagos o cuotas moderadoras.

Los programas de Salud Pública que son por definición una responsabilidad indelegable de la Autoridad Sanitaria, sin embargo pueden ser compartidos en su responsabilidad o descentralizados en su ejecución, según diga la ley, en los niveles subnacionales del aparato del Estado. La responsabilidad publica primaria sobre estos programas no excluye tampoco que las autoridades de salud puedan contratar con proveedores privados la operación material de estos programas tales como las campañas de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Es recomendable que los programas de salud publica regulados en su contenido general por la Autoridad Sanitaria nacional, sean ejecutados en forma compartida con las entidades territoriales intermedias y locales; y que específicamente sean adecuados a las particularidades regionales bajo la responsabilidad de los organismos de dirección de la salud creados por los alcaldes y gobernadores. En la medida en que la salud pública sea un producto intersectorial y con participa-

ción comunitaria, dentro de los sistemas locales o regionales de salud y coordinada bajo la autoridad política de sus gobernantes es más segura su eficacia.

## La atención de emergencias y desastres

La respuesta oportuna en la atención de emergencias y la prevención de desastres involucra acciones propias de la autoridad sanitaria pero además la movilización de otros múltiples recursos de diversos orden. Conviene que las agencias a cargo de las emergencias y desastres dependan directamente de la Presidencia del país de tal manera que puedan garantizar la concurrencia intersectorial de la cual forman parte las acciones de los Ministerios de Salud. Igualmente se requiere que dichas agencias dispongan de recursos financieros distintos a los ordinarios de la salud publica y además dispongan de mecanismos mucho más ágiles de manejo, libres tramites burocráticos, de forma tal que se garantice la oportunidad de su operación.

### *Tendencias en financiamiento sectorial*

La democratización de los países y la redefinición del rol de los Estados obligan a buscar la universalización de las coberturas en salud como garantía de equidad y de fortalecimiento básico del capital humano base del desarrollo.

La descentralización territorial obliga a que los gobiernos nacionales rediseñen sus sistemas de transferencias intergubernamentales para que las entidades intermedias y locales reciban recursos para financiar sus competencias en salud pero adicionalmente es una oportunidad para que el sistema financiero comprometa y estimule la generación de nuevos recursos en las entidades territoriales subnacionales que permitan ampliar las coberturas. La presencia del sector privado en los procesos de provisión de servicios y aseguramiento debe permitir también la disposición de nuevos recursos financieros que articulados a las fuentes fiscales y parafiscales garanticen la universalización de las coberturas.

Los Ministerios de Salud deberían buscar que las leyes garanticen una estabilidad en la financiación sectorial, una articulación entre las diferentes fuentes y una asignación preferencial a las actividades mas costo eficientes y que mayor beneficio producen en la salud.

## La diversificación de fuentes financieras

La multiplicidad de fuentes puede ser una garantía de estabilidad financiera sectorial pues las variaciones negativas en algunos recaudos pueden verse compensadas con las variaciones positivas en otros . En ocasiones los legisladores prefieren asignar proporciones fijas mínimas de una fuente, o establecer tributaciones específicas para el sector, para garantizar su financiación básica, pese a que tales medidas le restan flexibilidad al manejo presupuestal del gobierno central. Pero al parecer la fuente más estable y confiable creada en el continente la constituyen las contribuciones

### *El papel de los privados respecto a la salud*

En concordancia con las premisas de que la salud pertenece al ámbito privado y que la atención a la salud es un bien privado la propuesta del BM asigna un papel de primer orden a los agentes privados. Incluye entre ellos a tres actores con carácter muy diferente, a saber:

- la persona y su familia,
- las instituciones u organismos privados no lucrativos y
- los privados que operan en el mercado con fines de lucro.

Fiel a su concepción ideológica individualista el **BM** sostiene que lo que las personas hacen con su vida y la de sus hijos importa más que cualquier cosa que hagan los gobiernos **,** desconociendo toda determinación económica y social del ámbito dentro del cual se encuentran y actúan los individuos. El principal responsable de la salud es, por tanto, el individuo y el grupo familiar que deben adaptar una conducta saludable y resolver sus enfermedades adquiriendo los servicios médicos necesarios en el mercado.

> ***«... según la propuesta del** BM **el grueso de la asistencia clínica, los llamados servicios** discrecionales**, deben manejarse con criterios mercantiles y quedar en manos de los privados que operan bajo la lógica del mercado ...»***

El papel asignado a los organismos privados no lucrativos concierne también a la población de bajos recursos que no pueden acudir al mercado para atender sus problemas de salud. Se resalta particularmente la labor de las ONG'S y se propone incluso, que es conveniente encargarles algunas de las tareas gubernamentales y apoyarlas financieramente. El argumento usado para sustentar tal propuesta es que tienden a ser más eficientes que las instituciones públicas. Sin embargo, en esta propuesta resultan inocultables el matiz ideológico privatizador y la intención de desinstitucionalizar al máximo la atención a la salud.

Según la propuesta del **BM** el grueso de la asistencia clínica, los llamados servicios *discrecionale*s, deben manejarse con criterios mercantiles y quedar en manos de los privados que operan bajo la lógica del mercado.

Se reconoce que este planteamiento sólo es factible si se instrumenten mecanismos de financiamiento que garanticen la capacidad de pago de los clientes, o sea, una demanda efectiva y un mercado estable.

Con ello el **BM** introduce a las aseguradoras como un agente central en el campo de la salud junto a los prestadores privados del servicio médico. Dedica una parte importante de sus propuestas a formas de articulación entre financiamiento y producción de servicios privados y recomienda como medida central la promoción de la competencia y la diversidad.

## *Justificaciones para la transferencia de los servicios clinicos al sector privado*

La justificación explícita para transferir el financiamiento y/o la prestación de los servicios clínicos al sector privado se sustenta en tres argumentos, a saber:

- la pobreza del estado.
- la ineficiencia del sector público.
- la inequidad en el acceso a sus servicios.

**La pobreza del estado**

Respecto a **la** pobreza del estado se presenta como si fuera un hecho objetivo e inmodificable el que los gobiernos disponen de recursos muy restringidos para la salud.

Sin embargo, se oculta que esto es verdad sólo bajo la suposición de que se mantenga la ortodoxia de las políticas de ajuste. No es casual, entonces, que el documento carezca de un análisis de la distribución de los recursos públicos entre distintos rubros de gasto y de su recomposición a consecuencia del ajuste. Este análisis revelaría, por lo menos, dos hechos importantes. El primero es la canalización de recursos financieros públicos al pago del servicio de la deuda externa en detrimento del gasto social , constituye una de las más formidables transferencias de recursos de los pobres a los ricos que se ha realizado en los últimos cincuenta años.

El segundo hecho es que la mayoría de los países de ingreso mediano, como es el caso de México dedica un porcentaje comparativamente bajo del Producto Interno Bruto (PIB) al gasto social y que, además, una parte importante de los recursos contabilizados como un gasto público en salud no proviene de los ingresos fiscales sino de las cuotas obrero-patronales del Seguro Social. O sea, no pesan sobre las finanzas públicas.

> ***«... la canalización de recursos financieros públicos al pago de la deuda externa en detrimento del gasto social , constituye una de las más formidables transferencias de recursos de los pobres a los ricos que se ha realizado en los últimos años ...»***

obrero - patronales a la seguridad social en salud, las cuales por lo general están definidas como proporciones fijas de contribución sobre el salario, cuyo valor se reajusta automáticamente con el crecimiento económico y los cambios en las estructuras de remuneración.

Las fuentes de financiación se pueden clasificar así:

**Fuentes fiscales:**

- Participación del sector salud en los ingresos generales de la nación, en ocasiones con una proporción fija mínima.
- Impuestos de destinación especifica para salud como en el caso de las loterías, los licores o las armas y municiones.
- Participación del sector salud en los ingresos generales de las entidades sub-nacionales intermedias o locales, en ocasiones condicionadas como contrapartidas a las transferencias nacionales.

**Fuentes parafiscales:**

- Las contribuciones obligatorias sobre los salarios con tasas que oscilan entre el 7% el 12 % para la financiación de la atención a la enfermedad general y a la maternidad, de los trabajadores y sus familias.
- Las compras obligatorias de seguros específicos para financiar los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales, y los accidentes de tránsito.

**El gasto privado directo:**

- Los copagos, aranceles o cuotas moderadoras que hacen en ocasiones los beneficiarios de los Seguros Sociales de Salud o los usuarios de la red pública de servicios.
- La compra libre de pólizas de hospitalización y cirugía, o de planes de medicina prepagada, que en ocasiones pueden jugar el papel de complementar a los seguros sociales obligatorios.
- La compra directa de medicamentos, aparatos o servicios medico-hospitalarios a precios de mercado (gasto de bolsillo).

## La articulación de las fuentes diversas

Es perceptible, como una macro tendencia actual, buscar la articulación entre las diferentes fuentes, para evitar superposiciones y sobre todo cuando se busca conseguir el aseguramiento universal de la población. Con tales medidas se pretende en ocasiones eliminar la antigua segmentación que por lo general financiaba con precios la salud de los estratos sociales altos, con contribuciones obligatorias de destinación especifica a los estratos medios asalariados y con impuestos a los estratos pobres.

No obstante se debe ser cuidadoso con la creación de bolsas comunes que impliquen sistemas de recaudo monopólico o que permitan a los gobiernos disminuir sus aportes fiscales descargando en las contribuciones de tipo parafiscal la responsabilidad de financiar la salud de la población pobre que no tiene capacidad de contribuir, o lo contrario, cuando los empre-

sarios buscan deshacerse de sus obligaciones prestacionales descargando su responsabilidad en el fisco ; cuando tales situaciones ocurren, al disminuir los recursos fiscales disminuyen también la calidad y la oportunidad en los servicios estimulando la evasión y la elusión de aportes en los contribuyentes y eventualmente quebrando los sistemas contributivos de la seguridad social en salud; o bien diminuyen los aportes parafiscales y se deteriora la calidad de los servicios ante la incapacidad fiscal de asumir toda la responsabilidad (caso Brasil). Es conveniente entonces mantener sistemas de recaudo descentralizados y sistemas integrados de financiación pero con cuentas separadas y mecanismos de compensación y solidaridad entre diversas cuentas que expresen con transparencia la solidaridad entre sistemas de recaudo, estratos sociales y grupos de riesgo o de cargas familiares diferentes.

## La priorización del gasto

Hay gastos en salud que están regulados por la planificación que se haga de la oferta y hay gastos que están regulados por la demanda de los usuarios. Por lo general el gasto en salud pública corresponde al primer tipo y el gasto de las aseguradoras de servicios personales corresponde al segundo tipo. Cuando el gasto publico subsidia la demanda de servicios clínicos en la población más pobre, su demanda puede ser dirigida o limitada hacia los servicios más costo eficientes.

El gasto en Salud Publica (cuando solo incluye bienes públicos puros) puede ser asignado por prioridades a la acciones mas costo eficientes con base en estudios sobre la carga relativa de la enfermedad . Sin embargo el gasto efectivo según esas prioridades depende también de quien sea el ejecutor y de la forma que se emplee en la ejecución, pues existe la tendencia natural a desviar el gasto de beneficio colectivo hacia el gasto de beneficio individual.

Tal situación se explica porque en general los servicios de salud publica puros no tienen demanda explícita por parte de los consumidores y no generan recuperación de costos (deberían ser gratuitos), en cambio los servicios clínicos (medico - hospitalarios en general) si tienen demanda explícita individual y pueden generar recuperación parcial de costos.

Cuando el proveedor de servicios tiene a su cargo unos servicios con demanda y otros sin demanda generalmente priorizará aquellos que tienen mas demanda aunque no sean los mas costo - eficientes. Conviene entonces separar taxativamente la financiación, el manejo de cuentas y si fuera posible el proveedor de los servicios de salud pública puros para asegurar su efectiva ejecución.

De otra parte, cuando el Estado otorga subsidios fiscales discrecionales a la oferta de servicios hospitalarios, la red

**La ineficiencia del sector público**

El segundo argumento a favor de la privatización de la atención clínica –la ineficiencia del sector público– se plantea como petición de principio y de forma descontextualizada. Así, no se refiere que el acelerado proceso de deterioro de la institución pública guarda una relación directa con su desfinanciamiento a consecuencia de las políticas de ajuste

> ***«... el acelerado proceso de deterioro de la institución pública guarda una relación directa con su desfinanciamiento a consecuencia de las políticas de ajuste ...»***

**La inequidad de los servicios publicos**

Igualmente fuera de contexto resulta el argumento de la inequidad de los servicios públicos. De esta manera, se dice, por ejemplo, que los derechohabientes del seguro social se aprovechan de un desmedido subsidio estatal en desmedro de los pobres. Este argumento omite dos hechos cruciales: que los asegurados son, en su absoluta mayoría, trabajadores pobres y empobrecidos y que la universalización del seguro público resolvería esta supuesta injusticia.

Finalmente, no se comparan ni la ineficiencia ni la inequidad del sector público con la ineficiencia e inequidad de la opción privada de resolución de los problemas de salud. El ejemplo más sobresaliente de esta opción son los EUA, cuya crisis de costos y cobertura en salud es patente y de sobra conocida.

## *Inconsistencias de las argumentaciones*

Se fundamenta la privatización de los servicios médicos a partir de la premisa de que son *bienes privado*s. Se les adscribe este carácter con el argumento de que son consumidos por individuos (personas privadas) y, además, en cantidades variables. En cuanto los servicios representan un consumo privado apropiado desigualmente por las personas, sigue el argumento, es injusto que sean pagados con fondos públicos y, por tanto, cada quien debe pagar los servicios que utiliza. El requisito necesario para que esto pueda ocurrir es ponerles un precio a los servicios, o sea, mercantilizarlos. La falacia de este argumento es, como ya se señaló, que el hecho de que un bien o servicio es consumido por los individuos

> ***«... no se comparan ni la ineficiencia ni la inequidad del sector público con la ineficiencia e inequidad de la opción privada de resolución de los problemas de salud ...»***

privadamente no impide, en absoluto, que sea considerado de interés público y garantizado por la sociedad a través del Estado. Antes al contrario, las libertades y derechos de los ciudadanos, principios fundantes de las sociedades modernas, tienen carácter público con independencia de que se ejerzan o gocen individualmente, porque representan valores éticos compartidos y prioridades sociales democráticamente fijadas.

Dado que la salud concierne directamente la preservación de la vida y el desarrollo de capacidades humanas se puede además sostener que es una necesidad humana básica en sentido estricto. Por ello, todo ser humano debería tener derecho a la satisfacción óptima de esta necesidad; derecho que sólo puede ser garantizado mediante la acción pública, particularmente en las sociedades marcadas por profundas desigualdades, como lo son las latinoamericanas. Si se acepta el fondo de este argumento resulta falaz, para no decir cínico, considerar a los servicios médicos como *discrecionales* –o sea a criterio o a gusto de cada quien- igualándolos con cualquier objeto de consumo o mercancía, cuando el acceso a muchos de ellos significa la diferencia entre la vida y la muerte o entre daños físicos o mentales graves y condiciones aceptables de desarrollo de capacidades.

Se puede, desde luego, argumentar que la pobreza de un país impide alcanzar a satisfacción óptima de las necesidades de salud aún destinando fondos colectivos públicos a este fin. Sin embargo, este argumento debería estar acompañado, en cada caso, del análisis de la distribución de la riqueza nacional ya que, particularmente en los países de ingreso mediano alto como México, no es la fal-

***«... el hecho de que un bien o servicio es consumido por los individuos privadamente no impide, en absoluto, que sea considerado de interés público y garantizado por la sociedad a través del Estado, al contrario: las libertades y derechos de los ciudadanos, principios fundantes de las sociedades modernas, tienen carácter público con independencia de que se ejerzan o gocen individualmente, porque representan valores éticos compartidos y prioridades sociales democráticamente fijadas ...»***

***« ... resulta cínico, considerar a los servicios médicos como* discrecionales *–o sea a criterio o a gusto de cada quien- igualándolos con cualquier objeto de consumo o mercancía, cuando el acceso a muchos de ellos significa la diferencia entre la vida y la muerte o entre daños físicos o mentales graves y condiciones aceptables de desarrollo de capacidades ...»***

pública tiende naturalmente a darle prioridad a la inversión en tecnología y al gasto corriente en los servicios de mayor complejidad, argumentando en ocasiones interés en la investigación científica y en el desarrollo tecnológico, sin embargo en realidad el gasto se ve en ocasiones canalizado prioritariamente hacia los servicios que por su urgente demanda o su alto grado complejidad garantizan la más alta tasa de recuperación de costos y la mejor remuneración a los profesionales.

Adicionalmente, cuando el Estado otorga subsidios fiscales discrecionales a la oferta de servicios hospitalarios, la red pública tiende naturalmente a atender con prioridad a la población que tiene mas capacidad de pago la cual le permite una tasa mayor de recuperación de costos y le garantiza la eventual cofinanciación de los servicios con financiación fiscal deficitaria.

Finalmente, cuando el Estado garantiza la financiación fiscal de la oferta hospitalaria en forma independiente de su grado de productividad o calidad, está estimulando sin quererlo la pereza institucional de los hospitales, ya que no crea incentivos financieros para que los proveedores públicos busquen satisfacer y retener a los clientes, ampliar su cobertura o mejorar su calidad. En la misma forma cuando los funcionarios públicos poseen escalas de remuneración fijas tienden a reducir al mínimo su producción si no existen estímulos salariales o no salariales que premien la eficiencia, la productividad y el desempeño en el trabajo.

## La sustitución de los subsidios a la oferta por los subsidios a la demanda

La macro tendencia contemporánea en el manejo de los subsidios fiscales (e incluso de origen parafiscal) en los servicios médico - hospitalarios: es emplear la sustitución progresiva de los subsidios a la oferta de los proveedores públicos o privados por los subsidios a la demanda de la población más pobre. Mientras los subsidios a la oferta consisten en la financiación de los presupuestos históricos de los hospitales, los subsidios a la demanda se definen como la financiación fiscal de un plan de beneficios a los cuales pueden acceder los usuarios más pobres. Para tal efecto se han creado en algunos lugares entidades administradoras de la demanda de los más pobres (distintas a los proveedores) que reciben del Estado un pago fijo anual por persona a cargo, y que cumplen funciones de aseguradoras y pagan a los proveedores públicos y privados por los servicios efectivamente demandados y prestados a la población pobre.

En este contexto la forma de operación de los proveedores públicos se tiende a igualar con el sistema de la empresa privada, en la cual su subsistencia depende de su capacidad de captar y atender el mercado de quienes demandan y utilizan los servicios. La substitución de los subsidios de oferta en demanda pretende conseguir al menos tres objetivos:

- Focalización de los subsidios. Que los subsidios de origen fiscal o parafiscal beneficien a la población más pobre, previamente identificada como tal, y que estos subsidios no se crucen en beneficio de los estratos medios o altos que tienen capacidad de contribuir a los seguros sociales obligatorios o de adquirir protección en el mercado de los seguros privados.
- Productividad de los Hospitales. Que los hospitales públicos abandonen la pereza institucional y se vean incentivados a mejorar su productividad y su cobertura, pero sobre todo que puedan competir entre si y con el sector privado por la satisfacción del mercado de los consumidores en términos de calidad y oportunidad.
- Priorización del gasto. La diferenciación entre administradores de la demanda y proveedores, permite que los Ministerios de Salud puedan regular con mas eficacia la asignación del gasto en los subsidios de la población más pobre para el acceso a los servicios médico hospitalarios prioritarios. Podrá así exigirse a las administradoras de los subsidios por ejemplo que destinen una parte del gasto necesariamente a la prevención y a la promoción según un cierto programa, que limiten los gastos de administración en una proporción determinada y que resuelvan las atenciones de alto costo mediante una prima de seguros colectiva y obligatoria que represente un mínimo del gasto.

### *Tendencias en materia de aseguramiento*

El macro condicionante de la desmonopolización y la apertura a la competencia interna y externa de los sectores publico y privado obligan a repensar el manejo de los seguros sociales obligatorios que en el continente bajo del modelo Bismarckiano presentan diversos grados de monopolio. La democratización a su turno presiona para eliminar las formas segmentadas e inequitativas de protección de la salud y obligan a mirar el aseguramiento universal como una meta de los estados.

No obstante hay que partir de la premisa que el sistema de los Seguros Sociales Obligatorios en Salud es uno de los más importantes patrimonios sectoriales desarrollados en el continente Latinoamericano y que más se debe preservar en sus logros, ya que garantiza la cobertura en los servicios personales de salud a una proporción de la población por lo general muy considerable, ahorrando casi siempre gastos fiscales. Cualquier error en su reforma puede generar grandes beneficios económicos para las aseguradoras privadas ta absoluta de recursos nacionales que explica la insatisfacción de las necesidades de salud sino su concentración en un grupo muy reducido; situación exacerbada por las políticas neoliberales.

### *La demostración y los argumentos*

Uno de los grandes ejes propositivos del BM es impulsar la diversidad y la competencia en el mercado de los bienes de salud – seguros y servicios – lo que significa la intervención y apoyo estatal activo con respecto al sector privado.

Desde allí empiezan a presentarse las contradicciones para compatibilizar la restricción al gasto público en salud con la promoción del sector privado ya que la posibilidad de realizarla con los medios habitualmente usados, o sea con subsidios, quedaría excluida.

Sin embargo, aunque se advierte contra éstos se proponen medidas que, en su aplicación práctica, han llevado a subsidios indirectos o ocultos al sector privado como son, por ejemplo, el seguro obligatorio con opción entre el sistema privado y el público o la subrogación de servicios anteriormente públicos con el sector privado.

> ***«... no es la falta absoluta de recursos nacionales que explica la insatisfacción de las necesidades de salud sino su concentración en un grupo muy reducido; situación exacerbada por las políticas neoliberales ...»***

Una propuesta central del BM es que los servicios discrecionales deben autofinanciarse mediante el pago por el servicio. Sin embargo, simultáneamente se reconoce que el pago significa un obstáculo al acceso y que es necesario flexibilizar el cobro de cuotas en los servicios públicos. En vista del alto costo de los servicios clínicos en el mercado el BM recomienda, como mecanismo de garantizar su pago, establecer esquemas de seguros médicos que pudieran ser públicos o privados. Se identifican explícitamente los abusos relacionados con los seguros privados como son la *selección adversa* – o sea, la práctica de las compañías de seguros de excluir a las personas de alto riesgo de enfermar – y el *riesgo moral* de los prestadores y los usuarios –o sea, la utilización innecesaria de servicios o el cobro fraudulento del seguro. Sin embargo, estas malas y extendidas prácticas no impiden que se aconseje el impulso estatal a los seguros privados.

Tan fuerte es la convicción con las bondades del mercado, o la decisión de transferir los fondos de salud a los grupos financieros privados, que se analiza una serie de medidas para regular,

reducir o compensar los abusos privados en vez de explorar formas de lograr el financiamiento público. Llama la atención que todas estas medidas están tomadas de la experiencia estadounidense en la cual ninguna se ha mostrado eficiente.

Respecto a la producción de servicios el eje central de la propuesta es, de nuevo, incrementar la diversidad y competencia entre los prestadores para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios. Sin embargo, en otra parte se admite que no está claro que la competencia mejora ni la calidad ni la eficiencia.

Adicionalmente, se reconoce que frecuentemente no existen las condiciones objetivas y subjetivas que permitan al *cliente* hacer una elección racional entre los proveedores y entre las formas de tratamiento, lo que se constituye en una imperfección del mercado.

A pesar de que es un hecho conocido que el motivo de lucro explica una parte importante de la ineficiencia y la utilización de métodos inadecuados de diagnóstico y tratamiento se insiste en el impulso a los prestadores privados para que se hagan cargo de la producción de los servicios discrecionales. De esta manera, en vez de buscar el fortalecimiento y el mejoramiento de los servicios públicos las recomendaciones para mejorar la calidad y la eficiencia son la regulación; formas de pago, como la de capitación, que no inducen el uso de servicios caros; y la información a los usuarios.

> ***«... optar por aplicar la propuesta básica del documento* Invertir en Salud *significa en la mayor parte de los países embarcar el sistema de salud en un experimento a gran escala sobre bases bastante inciertas .Al respecto se puede argüir que los gobiernos están libres de adoptar la propuesta o no. Sin embargo, no se debe subestimar la coerción que el BM puede ejercer sobre los países subdesarrollados, con agudas necesidades de ingreso de divisas, mediante el condicionamiento de sus préstamos y de la ayuda canalizada a la aplicación de sus políticas ...»***

## *Las consecuencias y los riesgos*

Optar por aplicar la propuesta básica del documento *Invertir en Salud* significa en la mayor parte de los países embarcar el sistema de salud en un experimento a gran escala sobre bases bastante inciertas. Es así porque no hay evidencias claras, como el propio Informe lo demuestra, de que las políticas recomendadas puedan resolver los problemas existentes. Al respecto se puede argüir que los gobiernos están libres de

y grandes perjuicios para la población beneficiaria y para el gasto fiscal; con la que es muy difícil revertir estos procesos de reforma equivocados, cuando ya están creados grandes intereses económicos, tal como lo muestra la experiencia chilena (y quizás recientemente en México) y en los intentos fallidos de Estado Unidos por generar una reforma que limite las tendencias perversas naturales del mercado privado de los seguros.

## *Las virtudes y defectos del modelo clásico*

Pese a sus defectos, los sistemas de los seguros sociales obligatorios tienen grandes virtudes tales como son:

Ð Un sistema financiero basado en la contribución obligatoria de empleados y patronos con un mecanismo de retención en los pagos salariales que le otorga una alta eficiencia en el recaudo.

Ð Un sistema de contribución obligatoria basado en una tarifa de recaudo igual para todos los estratos socio-económicos que garantiza los subsidios cruzados entre los grupos con altos ingresos y bajos riesgos o cargas familiares en beneficio de los contribuyentes de escasos ingresos y altos riesgos o cargas familiares. En la práctica el sistema financiero cuando existen monopolios de cobertura nacional garantiza la solidaridad entre regiones ricas y pobres y entre ramas de la producción más productivas con las menos productivas.

Ð Un sistema de financiación que en la mayoría de los países ha evolucionado de formas tripartitas (Patrón-empleado-Estado) a formas de autofinanciación entre empleados y patronos, liberando al Estado de responsabilidades fiscales con los estratos medios asalariados y permitiéndole focalizar los subsidios públicos hacia los estratos mas pobres no cobijados tradicionalmente por el sistema de los seguros sociales obligatorios.

Ð Las contribuciones obligatorias se establecen con base al ingreso laboral y no con base al riesgo en salud lo cual permite que no se produzca selección adversa de los beneficiarios con riesgos mas costosos (crónicos, ancianos, maternas y niños) que por lo general son quienes tienen ingresos mas bajos dentro de sus estrato social. Los sistemas que cobran en proporción al riesgo (Chile, México, Estados Unidos y la medicina prepagada) generan necesariamente selección adversa de estos grupos sociales, incrementando el gasto familiar y fiscal en la protección de la salud o bien incrementando la morbilidad no atendida y la mortalidad.

Ð El tipo de seguro de salud vigente para los afiliados a los seguros sociales en salud es igual y uniforme para todos los beneficiarios (a diferencia de la multiplicidad de planes de Chile y EE.UU.) y que además tiene por lo general importantes características de integralidad evitando que

se puedan hacer exclusiones de riesgos costosos por la vía contractual, o bien que se puedan eludir las atenciones con los argumentos de la causalidad preexistente de la enfermedad o de los períodos de carencia muy extensos al inicio de la afiliación.

Los Seguros Obligatorios de Salud, se organizaron en Latinoamérica bajo formas monopólicas u oligopólicas que obligaban a la adscripción obligatoria de todos los potenciales afiliados a una sola institución, o a cada grupo de empleados públicos o privados, en ocasiones por rama de la producción y los servicios, a una cierta y determinada entidad aseguradora. No obstante las bondades anotadas al sistema en materia de solidaridad e integralidad, sin embargo el efecto monopolio ha dejado sentir sus efectos negativos incrementando la insatisfacción de los afiliados especialmente de los estratos medios, en ocasiones denominados empleados de cuello blanco y en los profesionales independientes cuando tienen acceso a la afiliación. Las filas, las listas de espera, la baja calidad, los altos costos, la pereza institucional y la burocratización creciente han hecho que las macro tendencias en la gestión de los servicios públicos y sociales exijan reformas en la vía de la desmonopolización de la seguridad social y la instauración de mecanismos que hagan posible la libre elección de aseguradoras y proveedores.

## Los peligros de la desmonopolización

La primera alternativa que surge para hacer viable la desmonopolización de la Seguridad Social en Salud es mantener el principio general de la afiliación obligatoria pero dejando en libertad a los beneficiarios para que seleccionen otra aseguradora de tipo privada, la cual a su turno puede ofrecer múltiples planes de salud, con diversos contenidos y diferentes precios según el tipo de riesgo y la capacidad de pago del potencial afiliado, dejando además a la aseguradora en libertad de dar por terminado unilateralmente el contrato de aseguramiento cuando este no le represente utilidad. Este sistema, que es el camino escogido por Chile en la década de 1980 y que corresponde en alguna medida con lo existente en Estados Unidos (13), tiene como efectos la eliminación de todo tipo de solidaridad entre grupos de diferente ingreso, riesgo atareo o carga familiar y desaparece también la existencia de un plan único de coberturas integrales y obligatorias para todos afiliados.

En este nuevo sistema cada cual compra un plan de contenido diverso según sea su capacidad de pago y el costo de cada plan se corresponde con el valor pagado por el afiliado; en la práctica desaparece el sistema de contribuciones parafiscales para la financiación colectiva de la seguridad social y se crea un sistema de precios acorde a las reglas

***«...en este experimento las instituciones públicas resultan las más perjudicadas ya que lejos de fortalecerlas implica su parcial desmontaje y la desaparición o desarticulación de programas y entre niveles de atención. En este contexto hay que reivindicar que el sistema público de salud, a pesar de su marcado deterioro durante la última década, sigue siendo la única alternativa de atención para la mayoría de la.población latinoamericana. Sustituirlo por servicios no institucionales como son las ONG'S o los servicios privados difícilmente puede incrementar el acceso estable a éstos ...»***

adoptar la propuesta o no. Sin embargo, no se debe subestimar la coerción que el BM puede ejercer sobre los países subdesarrollados, con agudas necesidades de ingreso de divisas, mediante el condicionamiento de sus préstamos y de la ayuda canalizada a la aplicación de sus políticas. Incluso, parece improbable que algún país desarrollado estaría dispuesto a realizar un experimento, tan radical sobre bases enteramente precarias, como el que propone el BM.

En este experimento las instituciones públicas resultan las más perjudicadas ya que lejos de fortalecerlas implica su parcial desmontaje y la desaparición o desarticulación de programas y entre niveles de atención. En este contexto hay que reivindicar que el sistema público de salud, a pesar de su marcado deterioro durante la última década, sigue siendo la única alternativa de atención para la mayoría de la.población latinoamericana. Sustituirlo por servicios no institucionales como son las ONG'S o los servicios privados difícilmente puede incrementar el acceso estable a éstos.

Ahora el BM cuestiona que este proyecto sea generali-zable y sostenible y recomienda proceder con cautela en el cobro por servicios. A pesar de los efectos de exclusión que tuvo la política de cobrar el servicio no significó como la actual propuesta una profunda desestructuración de los servicios cuya reversión resultaría muy difícil en el caso de consumarse.

De esta manera, el BM está induciendo una ingeniería económica y social, sin sustentabilidad garantizada en el mediano y largo plazo, en los países que menos recursos tienen para reconstruir sus debilitadas instituciones públicas. La responsabilidad que esto entraña es enorme ya que se está poniendo en juego procesos irreversibles cuyos efectos recaerán justamente sobre la población que se dice querer favorecer.

El BM tampoco parece preocuparse por las consecuencias sociales que su experimentación puede provocar. ¿Se tiene alguna idea precisa res-

pecto a los efectos que pudiera tener que una parte importante de la población quede al margen de los servicios discrecionales o gaste sus poquísimos recursos en ellos como consecuencia de las nuevas políticas?

Se discierne además un problema importante de legitimidad sí se llegara a adoptar la política para excluir los servicios discrecionales de la atención garantizada por las instituciones públicas ¿Quien explicará a la gente las razones por las cuales se ha decidido que estos servicios sólo son para los que pueden pagarlos y cómo se piensa justificar esta decisión?

En este contexto la racionalidad económica del cálculo costo-beneficio, propuesto para determinar el contenido del paquete básico de acciones de salud, puede aparecer impecable en términos de optimizar recursos. Sin embargo, aparte de sus dificultades técnicas , tiene la grave limitación de evadir problemas éticos fundamentales.

La forma bajo la cual las sociedades modernas resuelven las cuestiones ético-valorativas relativas a todos sus miembros es fijando democráticamente prioridades sociales –a través de la confrontación y posterior acuerdo – y asignándoles estatuto de derechos con su contraparte de obligaciones. La garantía de la realización de estos derechos generalmente se le encarga al estado que la instrumenta mediante las instituciones públicas.

***«... la forma bajo la cual las sociedades modernas resuelven las cuestiones ético-valorativas relativas a todos sus miembros es fijando democráticamente prioridades sociales –a través de la confrontación y posterior acuerdo – y asignándoles estatuto de derechos con su contraparte de obligaciones. La garantía de la realización de estos derechos generalmente se le encarga al estado que la instrumenta mediante las instituciones públicas ...»***

Es notable que el Informe descalifica de entrada el procedimiento democrático de resolver los dilemas éticos con otro argumento tomado de los teóricos neoliberales.

Así sostiene que la capacidad de ciertos grupos (p. e. sectores urbanos y sindicatos) de ejercer presión sobre el gobierno para lograr la satisfacción de sus intereses pervierte la acción estatal.

En esta visión resultaría, entonces, una ilusión confiar en la capacidad de los gobiernos y los parlamentos de tomar decisiones justas en función del bien común. Por ello, se divide el problema en dos partes: por un lado, se transfiere al

del mercado. Y es así que de un sistema en el cual: cada cual aportaba según su capacidad y recibía según su necesidad, se pasa a un sistema donde: cada cual paga de acuerdo al costo estimado de su riesgo atareo y de sus cargas familiares y recibe de acuerdo a su capacidad de pago. El nuevo sistema de mercado genera así todo tipo de selección adversa de los más pobres, de las maternas, los ancianos y los niños; genera además nuevas cargas fiscales a los Estados, porque estos tienen que cofinanciar la afiliación de los estratos medios de asalariados, responder por algunas prestaciones que generan selección adversa, como son los pagos por maternidad y en ultima instancia el fisco debe responder por los enfermos crónicos y de alto costo que son rechazados por el sistema privado.

## El modelo de competencia con solidaridad y regulación

La otra alternativa de reforma es la seguida por Colombia y Argentina y consiste en crear un sistema de libre elección con varias aseguradoras, pero donde todos los afiliados cotizan la misma proporción de su salario y todas las aseguradoras ofrecen el mismo plan obligatorio de servicios médico - hospitalarios con características integrales, y en donde además, se crea un fondo nacional de compensación y solidaridad entre las diferentes aseguradoras con el fin de igualar la disponibilidad financiera de todas las agencias de los seguros sociales en función del número de afiliados de cada una y el costo per cápita del plan integral obligatorio. Este esquema permite combinar la libre elección y la desmonopolización con la solidaridad y la integralidad en la atención.

La reforma de los seguros sociales en salud exige que los Ministerios de Salud de salud incluyan en la legislación los siguientes requisitos mínimos:

- Que el Estado y los Ministerios de Salud, solos o mediante cuerpos colegiados especiales, ganen y conserven la competencia de regular en todos los aspectos los sistemas de Seguridad Social en Salud, aún en el caso que entidades privadas puedan administrar los sistemas en competencia o complementación de las entidades públicas.
- Que se mantenga el concepto de seguro social unificado aunque sea administrado por entidades publicas y privadas que actúan como delegatarias del Estado para cumplir con las funciones de afiliación, recaudo, financiación y aseguramiento del plan obligatorio de salud.
- Que el Seguro Social en Salud preserve la existencia de un plan de aseguramiento de la enfermedad y la maternidad igual e integral para todos los afiliados. Este plan no debería permitir la exclusión de algunas enfermedades por acuerdo mutuo entre las aseguradoras y los afiliados, siendo esta competencia únicamente ejercida por la autori-

dad sanitaria; el plan obligatorio tampoco debería excluir la atención de enfermedades preexistentes, o por riesgo atareo o creando períodos de carencia excesivos.

- Que los Seguros Privados y Planes de Medicina Prepagada no sean autorizados como alternos y excluyentes a la Seguridad Social Obligatoria, sino que tales seguros deberían jugar el papel de planes complementarios; de tal forma que los afiliados con capacidad de pago puedan adquirirlos con el desembolso de primas especiales y puedan obtener servicios no incluidos en el plan obligatorio y eventualmente el acceso a condiciones de tecnología y hotelería mas confortable.

> ***«... sería un contrasentido reconocer el derecho a la protección de la salud para luego definir la atención a la salud cono un bien privado y a los servicios discrecionales como bienes mercantiles ...»***

- Que la desmonopolización de la seguridad social en salud y su administración mediante múltiples aseguradoras públicas y privadas, sea acompañada de la creación de mecanismos financieros de compensación y solidaridad entre las personas, empresas, o regiones de mas ingresos y menos riesgos en beneficio de las personas, empresas o regiones de menos ingreso y mas riesgo. Para garantizar la equidad la autoridad sanitaria debería establecer el costo promedio del plan de salud obligatorio y garantizar ese mínimo de ingresos a cada una de las aseguradoras por cada beneficiario a su cargo.
- La autoridad sanitaria debería buscar que la cobertura de los seguros sociales de salud incluya a la familia del cotizante principal y que se facilite el acceso a los mismos a las pequeñas empresas y a los trabajadores independientes o por cuenta propia.
- Los Seguros Obligatorios de Salud podrán descomponerse en diversos seguros parciales con fuentes de financiación diferentes así: seguro para enfermedad general y maternidad, seguro para enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, seguro para accidentes de transporte y tránsito; y seguro para enfermedades de alto costo.

## La seguridad social subsidiada

Las macro tendencias que impulsan la desmonopolización de los Sistemas de Seguridad Social en Salud y la sustitución de los subsidios de oferta por demanda han abierto la posibilidad muy especial de crear sistemas de aseguramiento universal de toda la población en los diversos países creando un sistema en donde se combinen formas de aseguramiento bajo el régimen contributivo clásico y formas de aseguramiento subsidiado, canalizando recursos fiscales hacia las aseguradoras sociales y con destino específicamente a la población más pobre. Sobre tales experiencias ya existen antecedentes en el Seguro Social Campesino del Ecuador y el Régimen Subsidiado de Salud en Colombia.

> ***«... detras de la propuesta del Banco Mundial, está la intención de recuperar y legitimar la atención a la salud como actividad económica privada y convertirla en un nuevo campo de acumulación capitalista; está la intención de invertir en salud para producir ganancia en el sentido no figurado de la palabra ...»***

individuo la decisión sobre qué y cómo utilizar de los bienes privados –los servicios clínicos discrecionales– en el mercado y, por el otro, se (pseudo) objetiviza la decisión gubernamental con el cálculo de costo-beneficio. Esta operación lógica no tiene únicamente una función justificadora de la política propuesta para lograr el ajuste fiscal, es decir para disminuir el gasto público en salud, en el corto plazo. Encierra, además, el propósito de destruir la idea o el concepto de los derechos sociales que es una condición indispensable de la privatización y mercantilización del financiamiento y los servicios de salud. Lo es porque no es, en rigor, posible reconocer estos derechos sin especificar simultáneamente las correspondientes obligaciones sociales y públicas; sería un contrasentido reconocer el derecho a la protección de la salud para luego definir la atención a la salud cono un bien privado y a los servicios discrecionales como bienes mercantiles.

Aunque la propuesta del BM representa una ofensiva ideológica neoliberal no encuentra su explicación sólo en el terreno de las idea sino también en el mundo material de los intereses económicos. Detrás de ella está la intención de recuperar y legitimar la atención a la salud como actividad económica privada y convertirla en un nuevo campo de acumulación capitalista; está la intención de invertir en salud para producir ganancia en el sentido no figurado de la palabra.

Esta intención se inscribe en la ofensiva de recuperación de los servicios sociales para la empresa privada, o sea su re-mercantilización, que constituye uno de los móviles del actual ataque al Estado de Bienestar en todo el mundo.

La razón es que estos servicios representan hoy actividades económicas de gran importancia. Los servicios de salud, por ejemplo, absorben en los países desarrollados entre el 8 y 12 por ciento del PBI y en los de ingreso mediano entre el 3 y 5 por ciento, lo que ecvs mucho más que casi cualquier otra actividad industrial o de servicios.

La otra cara del argumento –repetido a lo largo del Informe – de que la salud es demasiado costosa para correr a cargo del erario público es que una actividad que involucra tanto dinero no debe quedar en manos del sector público sino ser manejada con fines de lucro por el sector privado.

## *Condiciones para la privatizacion en salud*

### Mercantilizacion de la salud

La implicación de ésto es que la privatización en salud sólo interesa en la medida de que pueda constituir un ámbito de acumulación. Se podría argumentar que esto no es el caso en los países subdesarrollados y, por lo tanto, no forma parte de la agenda oculta del BM.

Sin embargo, la evidencia empírica demuestra que el deterioro de las instituciones públicas ha significado un impulso fuerte al sistema privado de salud, tanto en lo que se refiere a los seguros como a las empresas médicas, en los países de ingreso mediano como son la mayoría de los países latinoamericanos. La característica distintiva del proceso de privatización en nuestros países es que tendrá que ser selectiva para ser rentable. Visto en este contexto la propuesta de separar para el sector público el paquete de servicios esenciales y reservar los discrecionales para el privado y mercantizarlos adquiere otro sentido.

> ***«... la característica distintiva del proceso de privatización en nuestros países es que tendrá que ser selectiva para ser rentable ...»***

### Anulacion del concepto de derechos sociales

Aparte de la mercantilización de los servicios de salud otra condición necesaria para la privatización, también implícita en la propuesta del BM como ya se vio, es la anulación del concepto de los derechos sociales y las formas solidarias e igualitarias para garantizarlos. Es así básicamente porque la transferencia de lo rentable al sector privado requiere de mecanismos de inclusión-exclusión que son incompatibles con la noción del derecho a la protección de la salud que, por definición, es incluyente.

> ***«... la transferencia de lo rentable al sector privado requiere de mecanismos de inclusión-exclusión que son incompatibles con la noción del derecho a la protección de la salud que, por definición, es incluyente ...»***

La creación de los sistemas subsidiados de seguros sociales de salud exige que la población pobre sea previamente identificada y carnetizada para lo cual ya se han desarrollado métodos de encuestas de hogares y se tienen experiencias en Chile, Costa Rica y Colombia (14).

La afiliación de los pobres a entidades aseguradoras que administran los seguros sociales subsidiados posibilita que los hospitales públicos reformados adquieran sus ingresos por vía de la compraventa de servicios a estas aseguradoras y que en forma progresiva se eliminen los subsidios fiscales a la oferta de los hospitales que tantas distorsiones produce en la productividad, la priorización y la focalización de los gastos.

## *Tendencias en cuanto a la provisión de servicios*

Las macro tendencias en la gestión de los servicios públicos y sociales exigen la desgubernamentalización en la provisión de servicios, la especialización de las instituciones y el fomento de la libre competencia y la libre elección en un contexto de regulación y el control estatal, simple pero eficaz, especialmente en materia de la calidad en los servicios y la satisfacción de los clientes. La descentralización y la presencia del sector privado así como la introducción de los principios y las técnicas modernas de la organización empresarial y la gerencia dibujan el marco dentro del cual se esta rediseñando la provisión de los servicios.

Corresponde entonces a los Ministerios de Salud desligarse de las funciones administrativas y de financiación directa de la provisión de servicios, especialmente de aquellos que tienen el carácter económico de bienes privados de beneficio individual. No obstante lo cual el Estado debería instrumentar el suministro de subsidios a la demanda para aquellos grupos sociales sin capacidad de pago.

Además la sustitución progresiva de los subsidios a la oferta de los servicios por vía de la financiación de los presupuestos históricos a los hospitales públicos, debería exigir que los hospitales transformen sus estructuras y se inserten en un ambiente empresarial de competencia por el mercado, en el cual concurren proveedores públicos y privados en igualdad de condiciones.

### La transformación de los hospitales públicos

La experiencia ha venido mostrando que las formas administrativas y de gestión propias del sector público, sobre todo en el ámbito central, no son las más aptas para gerenciar la producción de bienes y servicios en ambientes de competencia. Es necesario entonces que los hospitales públicos se desliguen de las reglas que regulan a la administración central de los gobiernos y adopten formas administrativas semejantes a las de las empresas estatales

productoras de bienes y servicios o incluso que adopten los sistemas gerenciales propios de la empresa privada.

En varios países de América Latina (Argentina, Perú, Venezuela, El Salvador y Colombia) el camino señalado ha sido la constitución de hospitales autónomos, en ocasiones con Juntas Directivas propias que cumplen con las funciones ordinariamente atribuidas a los propietarios y que representan los intereses del Estado, de la comunidad usuaria y de los profesionales de la salud. Los hospitales autónomos deberían poseer sistemas de gestión de personal que les permitan reclutar sus funcionarios por concurso evitando la injerencia del clientelismo político y garantizándoles la máxima estabilidad dentro de sistemas de calificación del desempeño y de incentivos económicos que permitan premiar la productividad y castigar la ineficiencia.

La nueva estructura de los hospitales autónomos debería estar autorizada por la ley en la mayoría de los países y les debería permitir la utilización de sistemas de financiación y contratación semejantes a los de las empresas privadas. Los nuevos hospitales deberían estar dotados de instrumentos gerenciales ágiles que les permitan sobrevivir en ambientes de competencia y acometer con eficacia los desafíos que entrañan la sustitución progresiva de los subsidios fiscales a la oferta por los subsidios a la demanda.

El proceso de autonomización de los hospitales podrá ir asociado a los procesos de descentralización territorial de tal forma que la tutela administrativa primaria sobre los hospitales sea ejercida por las direcciones locales o regionales de salud, sin que esto impida el ejercicio de la función reguladora de los Ministerios de Salud e incluso de su eventual capacidad de intervención en la gestión y administración de las unidades de prestación de los servicios cuando las circunstancias de eventuales malos manejos así lo ameriten.

### El peligro de la multiplicación de los costos

La creación de ambientes de libre competencia entre proveedores es propicia para la multiplicación de los costos porque los proveedores deberán competir para atraer y dejar satisfechos a los clientes, mas aún cuando existen subsidios a la demanda de los consumidores mas pobres y los afiliados a los regímenes contributivos de la seguridad social adquieren libertad de elección.

Debe tenerse en cuenta que los demandantes de servicios de salud están afectados también por factores tales como el consumismo tecnológico o por factores laborales que los llevan a solicitar mas servicios que los que realmente necesitan, por lo cual la eliminación de filas y listas de espera, mas aún dentro de sistemas de libre elección, debe ir acompañada de la introducción de copagos o cuotas moderadoras que actúen como pequeñas barreras contra el exceso de demanda innecesaria.

De parte de la oferta de servicios, los proveedores pueden también estar estimulados a prestar mas servicios de los técnicamente necesarios sobre todo cuando se les contrata y se les paga a destajo y por servicio prestado, según las tarifas establecidas para identificar tres mil o más clases de intervenciones, actividades o procedimientos. Mas aún, cuan-

**Respaldo de la demanda con el poder de compra**

La tercera condición de la privatización, no menos importante, es crear mecanismos para que la demanda sea una demanda efectiva, o sea, respaldada con poder de compra. Esto actualiza el problema de la constitución de los fondos de salud para garantizar el pago del servicio prestado; problema ampliamente tratado en Invertir en Salud en la discusión e insistencia en la promoción de los seguros de salud. La última condición es establecer criterios y mecanismos de segregación que permitan separar lo rentable de lo no rentable.

## *El manejo de los fondos en salud*

Por otra parte, los fondos de salud desempeñan un papel crucial en el nuevo proceso de privatización no sólo para financiar la expansión de los servicios privados sino también porque son fondos financieros cuantiosos. La administración y control sobre éstos implican otro negocio, potencialmente más grande incluso que la prestación del servicio. Esto explicaría la creciente incursión del capital financiero, bajo la forma de compañías aseguradoras, en el sector salud; tendencia que es bastante reciente en todo el mundo y constituye una de las características distintivas del proceso actual de privatización.

En este aspecto la reforma recomendada por el BM para los países de ingreso mediano, es incrementar la cobertura del seguro de salud y otorgar el derecho al consumidor de escoger su asegurador. Es decir, apunta a un seguro obligatorio con fondos individualizados tal como ocurrió en Chile.

La conveniencia de este modelo, desde el punto de vista del proceso de privatización es que resuelve dos de sus problemas claves. Por un lado, convierte el seguro de salud en un ahorro forzoso, lo que garantiza la recaudación de fondos que luego pueden trasladarse al sector privado para su administración. Por el otro, proporciona una de las bases para la transferencia al sector privado de la parte rentable de los asegurados ya que los fondos individualizados permiten realizarla en función del monto del pago de cada quien. Aunque esto se hace idealmente con el seguro obligatorio, puede también instrumentarse con seguros de salud complementarios, contratados colectiva o individualmente por la población con mayores ingresos.

Bajo este esquema la reconstitución de los fondos de salud, apropiables por los prestadores

privados de servicios de salud, no pasa por su financiamiento global sino por una nueva distribución de éstos entre el sistema privado y el público. Es decir, la nueva distribución de fondos no se hace a partir de la división de un fondo común entre todos de acuerdo con sus necesidades como ocurre bajo el esquema solidario sino en función del monto del fondo individual, separando los con cotización alta para el sector privado.

Con referencia a la prestación de servicios también está emergiendo el gran capital como actor fuerte con la industria hospitalaria de alta capitalización. Su auge obedece a la reestructura de la práctica médica poniendo en su centro una sofisticada tecnología diagnóstica y terapéutica. Esto redefine tanto el papel del hospital como el proceso de trabajo médico. Así, provoca el desplazamiento relativo del médico que, junto con el resto de los trabajadores de salud, pasa a insertarse de manera subordinada en el proceso de trabajo hospitalario.

Esta transformación de la práctica médica requiere de una inversión importante en instalaciones y equipo. Con ello se abre la posibilidad de valorizar esta inversión si la producción de servicios es privada. De esta manera, la disminución del peso específico del médico a favor de la manipulación tecnológica en el acto médico es la palanca del crecimiento de un sector privado de servicios altamente concentradora de la inversión y de los recursos tecnológicos. El resultado de estas transformaciones es, en términos concretos, que la medicina privada hoy no tiene como su principal centro económico el enriquecimiento médico sino la valoración de la inversión de la empresa médica, o sea la acumulación de capital. La contraparte de la empresa médica son las aseguradoras privadas o administradores privados de fondos que concentran mayores recursos y no el seguro público. Con ello se consolidan dos sistemas paralelos de seguro-prestación de servicios: el privado que concentra la mayor parte de los recursos y atiende una minoría y el público con pocos recursos que tiene a su cargo la mayoría de la población.

Aunque el BM advierte contra la selección adversa del sistema privado no es capaz de demostrar que ésta se ha podido impedir bajo la lógica de empresa privada en el mercado. La razón simplemente es que ésta opera con criterios de optimización de la ganancia y no con los de satisfacción de necesidades sociales. Habría que enfatizar que la emergencia del gran capital

do la supervivencia de los proveedores ya no está garantizada con los subsidios a la oferta, estos se ven abocado a multiplicar los servicios que le producen mejor ingreso, pudiendo incluso verse incentivadas malas prácticas, tales como darle prelación a procedimientos más costosos pero menos eficientes, o de llegar hasta la sobre facturación y a la inflación artificial de los costos. Estas tendencias se agudizan cuando en el escenario aparece la figura del tercer pagador (aseguradora o empresa de medicina prepagada) quien sustituye al usuario en los pagos al proveedor y de paso libera a demandante y proveedor de cualquier incentivo para contener los costos (15).

Este fenómeno es observable con mas nitidez cuando el profesional independiente es contratado y pagado por actividad, tal como ocurre como tendencia general en las empresas de medicina prepagada, las cuales además tienden a disminuir progresivamente el valor de la remuneración del profesional por cada consulta realizada. Cuando esto ocurre se induce al profesional a defender su ingreso para lo cual tiende a reducir su esfuerzo profesional en la resolución inmediata de los problemas de salud y multiplica el número de consultas, exámenes, ayudas diagnósticas y medicamentos en forma innecesaria. El círculo vicioso se cierra cuando la empresa de medicina prepagada ve crecer desmesuradamente sus costos y reacciona a su turno reduciendo las tarifas de pago a los profesionales.

## Los nuevos sistemas de contratación

Para evitar la sobre oferta de servicios dentro de los nuevos sistemas de competencia abierta, pero intervenida y regulada por el Estado, se han desarrollado formas de contratación a los proveedores que inhiben la generación innecesaria de costos y permiten por el contrario que el beneficio económico de los proveedores derive de su eficiencia y de su economía de costos en las actividades de protección de la salud y la atención de la enfermedad. Estas formas de contratación son los sistemas de capitación y las tarifas integrales por diagnostico.

El sistema de la contratación por capitación consiste en que la aseguradora ofrece al proveedor un pago fijo anual para que este garantice el suministro de un paquete específico de servicios previamente definido a los afiliados que estén a su cargo; tales pagos son efectuados al proveedor independientemente de si existe o no demanda efectiva de servicios por parte del afiliado a cargo del proveedor. Se espera que con este método los proveedores no multipliquen las actividades innecesarias y por el contrario seleccionen y ejecuten con prelación las actividades de prevención y promoción de la salud que ahorran costos en el largo plazo, y son más costo efectivas. La capitación es un método de contratación de los proveedores recomendable para la contención de costos en la atención ambulatoria y algunas aseguradoras sociales contratan por capitaciones separadas la odontología básica, el suministro de medicamentos y la atención médica incluyendo en el paquete ambulatorio el suministro de ayudas diagnósticas y la referencia a los especialistas.

La contratación por tarifa integral según diagnóstico, implica un pago único y global de un valor preestablecido por la atención médico-hospitalaria de un determinado caso o diagnostico. Este sistema de pago induce al proveedor a no multiplicar las actividades innecesarias y al contrario a buscar las economías posibles dado que su beneficio económico en los pagos fijos predeterminados deriva de la eficiencia con que realice las atenciones que se le encomendaron. Por lo general los sistemas de pago por tarifa integral no superan los cien tipos de diagnóstico más comunes que incluyen mas del 90 % de los costos en los procesos de cirugía y hospitalización. Para la determinación de las tarifas integrales es necesario el diseño previo de protocolos o guías de atención que especifiquen los procedimientos técnicamente necesarios y se requiere además realizar los estudios de campo que permitan determinar los tiempos y movimientos necesarios y los costos que se generan en las operaciones.

*«... la disminución del peso específico del médico a favor de la manipulación tecnológica en el acto médico es la palanca del crecimiento de un sector privado de servicios altamente concentradora de la inversión y de los recursos tecnológicos ...»*

Mientras los sistemas de capitación y las cuotas moderadoras se recomiendan para regular los costos en la atención ambulatoria los pagos por tarifa integral según diagnostico se recomiendan para el pago de los servicios por cirugía y hospitalización.

## El listado de medicamentos esenciales

El suministro de medicamentos puede significar el 20 % del costo de la atención hospitalaria y el 60 % de la atención ambulatoria. Cada día se multiplican más las diversas marcas y formas de presentación de los medicamentos llegando incluso a contabilizarse en varios miles, sin embargo un listado inferior a quinientos medicamentos básicos puede contener el conjunto de los principios activos esenciales de eficacia realmente demostrada.

Lo que es más grave es que la libre elección de aseguradores y de proveedores puede incrementar el consumo innecesario de medicamentos y generar mas competencia entre las marcas y las formas de presentación, con la respectiva alza de precios, pero sin que este efectivamente se esté garantizado un mejor impacto en la preservación de la salud y de la atención de la enfermedad.

*«... lejos de lograr mayor equidad la privatización selectiva significa un incremento brusco en la inequidad; cuestión que es evidente al comparar los resultados con la definición de equidad de la OMS europea. Considera que hay equidad en la atención a la salud cuando en igualdad de necesidades se da igual acceso e igual utilización de la atención existente con la misma calidad de servicios para todos ...»*

Es conveniente entonces que dentro del nuevo ordenamiento los Ministerios de Salud de un lado liberalicen el mercado de medicamentos eliminado incluso las licencias previas cuando se considere conveniente o exista duplicación internacional y crear mecanismos de control de la calidad ex - post con base a muestras aleatorias de los productos efectivamente ofrecidos en el mercado. Pero sobre todo es necesario que la Autoridad Sanitaria determine cual es el listado de medicamentos esenciales o genéricos de obligatorio su-

en el sector salud no significa el retiro del estado como actor sino que, por el contrario, requiere de una decidida acción estatal, tanto en el establecimiento de las políticas promotoras del sector privado como en la asunción de la responsabilidad de proveer servicios –aunque sólo sea un paquete mínimo– a grandes grupos de la población. Adicionalmente habría que advertir que el estímulo al crecimiento de las aseguradoras privadas y las empresas médicas las constituye en actores poderosos en el campo de la salud. Juzgando a partir del caso estadounidense se puede predecir que su capacidad de presión para la fijación de políticas de salud sobrepasará con mucho la que tiene actualmente cualquiera de los grupos de presión que tanto preocupan al BM.

Según los criterios fijados por el BM en su informe una política sanitaria es satisfactoria cuando genera mejores condiciones de salud, satisfacción de los usuarios con la atención, mayor equidad y menores costos. Es difícil vislumbrar que la política de impulso a la privatización selectiva pueda satisfacer siquiera uno de estos criterios si se mira desde el conjunto de la población. La exclusión de una parte de la población de muchos de los servicios discrecionales no provocará mejoras en la salud y seguramente tampoco la satisfacción de los excluidos con la atención. No hay evidencias firmes, como en varias partes lo reconoce el BM, de que los servicios privados tienen menor costo.

Finalmente, lejos de lograr mayor equidad la privatización selectiva significa un incremento brusco en la inequidad; cuestión que es evidente al comparar los resultados con la definición de equidad de la OMS europea. Considera que hay equidad en la atención a la salud cuando en igualdad de necesidades se da igual acceso e igual utilización de la atención existente con la misma calidad de servicios para todos.

## La estrategia de focalizacion

*Extracto del Articulo "La focalizacion, Politicas sociales estructuralmente ajustadas" de Miguel Lacabana y Thais Maingon Publicado en la pagina web de LASA (Latin American Studies Association) (http://136.142.158.105/)*

En el contexto de los sucesivos ajustes macroeconómicos, los países latinoamericanos se ven obligados a redefinir sus políticas y programas sociales, restringiéndolos cada vez más a menores grupos poblacionales (focalización, poblaciones objetivo).

La orientación de los ajustes económicos conlleva una creciente desarticulación del incipiente Estado del Bienestar que se había logrado instrumentar en América Latina, claramente expresado en la reducción cuantitativa y cualitativa de los servicios sociales públicos, la reducción del empleo público y privado que, como contrapartida, es acompañado por el incremento del sector informal y la exclusión de una gran parte de la población de los beneficios del desarrollo y del progreso técnico.

Entre los objetivos fundamentales del Estado del Bienestar estaban aquellos que se referían a la satisfacción de las necesidades elementales: vivienda, educación, salud, alimentación, jubilación. Ello era definido en relación con la ubicación de los agentes económicos en los procesos de producción y de distribución de la riqueza. Por ello, el mercado de trabajo es el mecanismo de integración entre Estado del Bienestar y sistema económico. Pero si, como ha venido ocurriendo en América Latina, el mercado de trabajo se caracteriza cada vez más por su informalidad y precariedad, las recientes experiencias nos dicen que esta relación definitivamente tiende a romperse en algunos países y en otros a resquebrajarse, y aquellos que acceden a los escasos beneficios del desmantelado Estado del Bienestar son cada vez menos.

El Estado del Bienestar se constituía sobre la base de la inclusión de la población a través del mercado de trabajo, es decir, de la relación capital-trabajo. Pretendía reemplazar en parte o complementar los derechos de propiedad por los derechos ciudadanos. Puede afirmarse entonces que durante la década de los ochenta, al romperse los mecanismos de integración social, o, dicho de otra forma, en la medida en que prevalecen las tendencias excluyentes del sistema, se percibe claramente la crisis del Estado del Bien-

ministro por parte de las entidades encargadas de la seguridad social en salud y de la red pública de servicios; tal listado debería estar sometido a revisiones y ajustes periódicos. La implantación de este listado debería producir un efecto en el ahorro de costos del sistema, y debería además producir por efecto de la competencia entre proveedores una reducción en los precios de estos medicamentos y una mejora en su calidad.

### El peligro de deteriorar la calidad

La introducción de la libre competencia en la provisión de servicios y la creación de diversos mecanismos de control de los costos podrían afectar la calidad de los servicios sobre todo en su capacidad resolutiva de los problemas de salud. La libre competencia, si bien induce a los proveedores a ofrecer mas calidad esta generalmente se concentra inicialmente en la oportunidad en la atención y en las condiciones externas de hotelería y tecnología así como en los mecanismos de atención al cliente, pero no necesariamente con esto se garantiza la calidad científica y profesional en la atención y en el impacto positivo sobre la situación de salud de los beneficiarios; esto ocurre con más frecuencia cuando el mercado de la salud es ampliamente imperfecto y caracterizado por la asimetría en la información. En el mercado de los servicios de salud el oferente posee toda la información sobre la realidad de los diagnósticos y la eficacia de los procedimientos y la tecnología. El usuario o cliente sólo selecciona lo que aparentemente es mejor, es decir la hotelería y las modalidades de atención.

De otra parte los múltiples mecanismos ideados para reducir costos podrían incentivar sin quererlo la reducción de actividades y de tecnología necesaria o la utilización de sutiles mecanismos de selección adversa de las atenciones más costosas que deberían ejecutarse con cargo a los proveedores.

Es necesario entonces que los procesos de desmonopolización de la oferta y la libre elección de los usuarios, así como la implantación de mecanismos de control de costos, vayan acompañados de la creación de múltiples sistemas de control de la calidad. Los Ministerio de Salud deberían regular las normas mínimas que deberían cumplir proveedores públicos y privados en la implantación de sistemas integrales de garantía de la calidad los cuales deberían incluir prerrequisitos técnicos para la oferta de los servicios, sistemas de atención a las quejas de los usuarios, sistemas de monitoreo de indicadores de gestión de la calidad y sobre todo la instauración de sistemas de auditoria médica. Las aseguradoras a su turno deberían desarrollar y perfeccionar los sistemas de auditoria de la calidad de tal manera que los contratos por capitación y las tarifas integrales sean permanentemente vigiladas evitando así la selección adversa de usuarios costosos y el deterioro tecnológico o profesional de la calidad. Adicionalmente los Ministerios de salud y las Superintendencias de Salud deberían crear sistemas de información al público, sobre los resultados observados en las aseguradoras y en los proveedores para facilitarles a estos la utilización efectiva de su facultad de elegir libremente las mejores opciones de atención.

*«Tenemos hoy privatización donde antes hubo intervención y regulación estatal; focalización en lugar de universalidad; compensación en vez de promoción; individualismo y particularismo clientelista como sustituto del ejercicio colectivo de derechos; combate a la pobreza extrema en lugar de desarrollo social».*

estar. Esta va acompañada continuamente de un discurso acerca de la ineficiencia del Estado y de la precariedad de los servicios públicos, que tiende a deslegitimar socialmente el papel del Estado y justificar no sólo su retiro de la economía sino también de la prestación de los servicios públicos. Pero, a su vez, este abandono progresivo de lo público retrotrae a parte de la población a una situación de ciudadanos de segunda o de tercera clase, dado que fallan los mecanismos de integración social y la exclusión aumenta .

Como afirman algunos autores, del Estado del Bienestar se pasa al Estado del Malestar que contiene al menos dos dimensiones:

- **Una pública referida al desmantelamiento del Estado**, de su estructura de servicios sociales, además de la privatización y otros aspectos, y
- **Otra privada, pero de orden psicosocial**, referida a la anomia social, a un estado de desesperanza y descreimiento que se relacionan, el primero, con la continua caída en términos de ingresos y oportunidades y, el segundo, con una prestación cada vez más deteriorada de los servicios públicos y con la percepción de que no existe protección social.

Esta combinación de desesperanza y descreimiento lleva a una generalizada pérdida de expectativas de mejora de la calidad de vida y se traduce en un inmovilismo anómico.

*«... se produce un abandono de la estrategia de desarrollo social, entendida como la consecución de un objetivo de sociedad que abarca al conjunto de la misma, y entra en escena la política social compensatoria cuyo objetivo es atenuar los efectos negativos de las políticas del ajuste macroeconómico en una porción de la población.*

Desde finales de los años ochenta, la política social en la mayoría de los países de la región ha sufrido grandes transformaciones debido, básicamente, a los propios cambios del Estado y a la reestructuración de la economía lo que tuvo consecuencias inmediatas, no solamente en el diseño de la política social sino también en su concepción. Como lo afirma Carlos Vilas (1995), el contraste de las llamadas políticas sociales de hoy con respecto a las del pasado, no podía ser más marcado:

«Tenemos hoy privatización donde antes hubo intervención y regulación estatal; focalización en lugar de universalidad; compensación en vez de promoción; individualismo y particularismo clientelista como sustituto del ejercicio colectivo de derechos; combate a la pobreza extrema en lugar de desarrollo social».

Actualmente los gobiernos nacionales privilegian esta acción de política social particularista que se deriva de una reestructuración amplia de la economía, que no incluye una agenda de desarrollo social y se presenta como una enumeración de programas y acciones sociales orientados a mitigar o a compensar el impacto de los cambios que se suceden en la economía y en el Estado. Es a esta política que llamamos política social compensatoria.

En la medida en que «repensar» la estrategia de desarrollo social que prevaleció en la década de los ochenta, y que continúa en los noventa, llevó a recortar la visión de largo plazo y a privilegiar el cortoplacismo, la compensación de los efectos perversos del ajuste y la focalización en los grupos más afectados, y en vista de que los resultados de la aplicación de políticas entrelazadas a esta nueva visión no han tenido resultados del todo positivos tal como lo indica el crecimiento, profundización, diferenciación y heterogeneización de la pobreza, se hace necesario analizarlas para poder innovar con un sentido transformador y equitativo.

El Estado entra en crisis en lo general para canalizar y armonizar intereses sociales y, en lo particular que nos atañe, por el deterioro de la programación social tradicional que se vuelve ineficaz para atender las necesidades de una población con mayores carencias.

Se produce un abandono de la estrategia de desarrollo social, entendida como la consecución de un objetivo de sociedad que abarca al conjunto de la misma, y entra en escena la política social compensatoria cuyo objetivo es atenuar los efectos negativos de las políticas del ajuste macroeconómico en una porción de la población.

Es obvio que hay una diferencia substancial entre estrategia de desarrollo social y política social compensatoria (que es la encargada de ejecutar los programas sociales compensatorios) que en nuestra opinión debe comenzar a borrarse por la vía de entender la compensación social como un hecho coyuntural en el marco de los programas de ajuste, pero que debe inscribirse dentro de ese objetivo de más largo plazo que es una sociedad más equitativa.

## Política social compensatoria

Brodersohn (1992) señala que las características principales de la política compensatoria social son las siguientes:

- Tienen un papel emergente y de corto plazo.
- Tratan de proveer de satisfactores básicos a la población más afectada por los programas de ajuste.
- Tratan de promover el desarrollo de una nueva gestión social con gerentes sociales con capacidad de innovación para adecuar necesidades y recursos.

Diversos analistas han señalado un conjunto de elementos, positivos y negativos, derivados de las experiencias de puesta en marcha de la política compensatoria, que son de sumo interés para comprender su alcance y desarrollo. Entre otros elementos pueden señalarse los siguientes:

- Una política social coherente debe contemplar un nivel de gasto público que *no puede reducirse* sin afectar fuertemente a la población con mayores carencias y bajo el peligro de obtener resultados negativos no pensados. Entre otros, el descreimiento y la pasividad de la comunidad afectan negativamente los objetivos de las políticas sociales.
- La tensión entre promoción social y asistencialismo o entre promover empleo productivo frente a proveer servicios sociales básicos. En este punto se tiene, por una parte, que en algunos casos se apunta a los «menos pobres» y en no pocos casos a promover empleos improductivos y/o temporales, lo cual reduce el impacto efectivo de los programas.
- La superposición de funciones y actividades, la competencia interinstitucional y la falta de coordinación pueden afectar el diseño y la consecución de una estrategia.
- El énfasis en el corto plazo reduce el impacto de la política social compensatoria, dado que no se articula con programas sociales de mayor amplitud y alcance.
- La integración de los distintos niveles de programación social, corto y mediano plazo, asistencia, promoción e integración sociales, permiten una sinergia que potencia el impacto de las mismas y lo prolonga en el tiempo.
- La captación de recursos internacionales es muy positiva, pero debe preguntarse si este flujo puede o debe ser permanente y si es viable financiar el combate a la pobreza con recursos externos.
- Enfatizar la relación costo-impacto para evaluar los resultados de los programas.
- Otorgar prioridad a la satisfacción de la demanda de servicios pues ello actúa como un elemento integrador y relegitimador del Estado.
- La política social compensatoria debe ser focalizada dado que ésta es una condición necesaria para racionalizar el gasto público..Podría decirse que, si bien está claro que la política social compensatoria no sustituye a una estrategia de desarrollo social de largo plazo y que debe articularse y compatibilizarse a ella, en este momento la *focalización* constituye un punto central de la discusión e implementación de esta política.

### *La focalizacion en el marco de la politica social compensatoria*

La focalización implica en primer término superar un enfoque de homogeneidad que no discrimina la población objetivo de un determinado programa social y, por tanto, segmenta a dicha población de acuerdo a sus carencias y necesidades para lograr un mayor impacto de los recursos utilizados.

> ***«... la focalización implica en primer término superar un enfoque de homogeneidad que no discrimina la población objetivo de un determinado programa social y, por tanto, segmenta a dicha población de acuerdo a sus carencias y necesidades para lograr un mayor impacto de los recursos utilizados ...»***

Según la CEPAL (1995) «*focalizar* consiste en concentrar los recursos disponibles en una población de beneficiarios potenciales, claramente identificada, y luego diseñar el programa o proyecto con que se pretende atender un determinado problema o necesidad insatisfecha, teniendo en cuenta las características de esa población, a fin de elevar el impacto o beneficio *potencial* per cápita». Tomando en cuenta que

los recursos son escasos resulta necesario seleccionar aquellos grupos cuyas necesidades no son postergables y que resultan ser los más afectados por el ajuste.

Focalizar implica romper con la dispersión de recursos que conlleva el beneficiar a sectores no pobres por mal diseño o generalización de la población objetivo de determinadas acciones, por la mayor presión que ejercen grupos con menores necesidades pero con mayor organización social y política y, en última instancia, implica relegitimar al Estado frente a los sectores más desfavorecidos si se logra romper con el tradicional clientelismo asociado al reparto de beneficios que normalmente se asocia a la política social.

Al menos dos dificultades se asocian a la focalización. La primera se refiere a los costos (no solamente monetarios sino sociales, culturales y especialmente políticos) en que se incurre para identificar a los beneficiarios, los cuales se incrementan a medida que aumenta el nivel de diferenciación o precisión del grupo. La segunda se refiere a la capacidad informática, burocrático-administrativa y técnica necesarias para lograr dicha identificación. Pero podríamos agregar una tercera, que tiene que ver con el incremento de la pobreza y por ende, de la exclusión social. A su vez, se señalan una serie de ventajas que se asocian tanto a elementos coyunturales, los períodos de crisis, como a elementos permanentes. Obviamente que los primeros se refieren, por un lado, al impacto que el ajuste tiene en el incremento de las necesidades insatisfechas y en la necesidad de compensar esta situación y, por el otro, a la limitación de recursos que para estas políticas se impone desde las políticas macroeconómicas que guían el ajuste.

Las ventajas de la permanencia de los programas sociales focalizados vendrían asociados a:

Ð optimizar el diseño del programa;

Ð incrementar la eficacia y el impacto del mismo y

Ð que opere un necesario mecanismo de exclusión de aquellos que no necesitan estar incluidos en dicho programa.

Si bien la focalización parece necesaria en períodos de crisis, recesión y ajuste, hay quienes afirman que su eficiencia se traslada a los períodos de crecimiento y aún al largo plazo dado que bien aplicadas liberan recursos para ser utilizados en otros fines.

La focalización puede efectuarse en primer lugar identificando a los sujetos, individuos o familias susceptibles de ser considerados como población objetivo, o delimitando un territorio donde las condiciones de pobreza son prevalecientes. La selección de uno u otro método depende tanto del tipo de programa como de los problemas que se desea enfrentar.

Con la selección geográfica se supone que los costos de que algunos sujetos queden incluidos en el programa sin ser parte de la población objetivo, serán bajos dado una cierta homogeneidad socioeconómica del área seleccionada y que, por el contrario, los costos de realizar una selección más detallada excederían ampliamente a aquellos otros costos.

Por su parte, la delimitación de los sujetos puede asociarse a:

Ð la situación o riesgo particular (embarazadas, desnutridos, etc.);

Ð el nivel de ingresos en relación a la línea de pobreza;

Ð las variables asociadas a la pobreza y

Ð la autoselección mediante la implementación de programas que sólo interesen a los beneficiarios (comedores populares, programas de empleo con remuneración en alimentos).

Focalización e impacto son dos elementos inseparables si se quiere evaluar el efecto de la política social compensatoria. Por ello, la CEPAL (1995) afirma que «El impacto debe ser definido como la magnitud del beneficio que reciben los destinatarios de los programas según los objetivos buscados». Por ello debe quedar claro que ni la cobertura, ni la inversión en infraestructura social, ni los gastos corrientes son considerados como impactos de las políticas instrumentadas. En definitiva, impacto es la real mejora en las condiciones de vida de las personas que fueron beneficiadas por los programas sociales implementados.

La focalización se refiere específicamente a la identificación de los grupos que serán o no elegibles para participar en un programa social. Este mecanismo es beneficioso porque aumenta la eficiencia de los programas sociales y de alivio a la pobreza, al reducir las filtraciones del gasto hacia sectores de mayores ingresos.

El principal instrumento para la puesta en marcha de una política de focalización del gasto social a los pobres es el Mapa de la Pobreza, que

permite dimensionar espacialmente los niveles de pobreza que registra el país. No obstante, la autofocalización y los indicadores de ingreso son instrumentos adicionales que serán utilizados para cumplir este objetivo.

La política de focalización de las prestaciones sociales, es decir, optar por una población objetivo determinada, teniendo en cuenta el monto de los recursos disponibles, produce resultados más eficaces y eficientes en la medida que vaya acompañada de una política de descentralización del Estado. El centralismo es poco apto para resolver eficazmente las demandas locales, por sus problemas de acceso a la información, poca interacción con la comunidad local, incapacidad de movilización de recursos no formales y dificultades para ejercer un control efectivo desde el centro sobre las operaciones locales. En este sentido, cobra importancia en la implementación de las acciones de la estrategia el desarrollar alianzas estratégicas y mecanismos de contratación con la empresa privada y las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, lo cual es coherente con la política de libre mercado.

En consecuencia, la administración de los programas sociales será más eficaz cuanto más cerca esté del problema que trata de solucionar. La descentralización permitirá que las prestaciones sociales sean mucho más flexibles, operativas y articuladas, lo que evidentemente redundará en favor de la eficiencia.

En ese contexto, la descentralización de la política social está ligada directamente no sólo a la eficiencia y eficacia de la gestión pública, sino también con la equidad y la participación de los afectados.

## Atención Primaria de la Salud Selectiva

*Dario Gustavo Montenegro. Presidente ASMGyF*

En referencia a la focalización mencionada anteriormente y que otros llaman “Selectividad” se extrapola a modelos de Atención Primaria de la salud. Es por ello que se denomina APS selectiva a aquella que enfatiza grupos particulares solamente: niños pequeños, etc. Esto a consecuencia y a partir de la declaración de Alma Atta en 1978, en la cuál se enfatizaba el concepto de “Integral” a la salud que no solo considera los aspectos del “no estar enfermo”, incorporando los conceptos de medio ambiente, acceso a la educación, trabajo, vivienda, etc. Posteriormente algunos organismos internacionales como la Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) y otros vinculados a entidades emprestatarias multilaterales, consideraron a la declaración de Alma Atta como demasiado idealista, sobretodo por los aspectos considerados que se relacionan con el crecimiento económico, el acceso al trabajo, la educación, a los cuales se los engloba dentro del concepto de salud planteados en Alma Atta.

> ***«... enfatiza las acciones en grupos pequeños como puede ser lo materno infantil, muy importante pero no el único. Las mismas adquieren carácter netamente asistenciales, o preventivas en situaciones concretas una vez instalada la enfermedad, dejando de lado el medio ambiente, la estructuras socioeconómicas de las sociedades ...»***

Por lo tanto enfatiza las acciones en grupos pequeños como puede ser lo materno infantil, muy importante pero no el único. Las mismas adquieren carácter netamente asistenciales, o preventivas en situaciones concretas una vez instalada la enfermedad, dejando de lado el medio ambiente, la estructuras socioeconómicas de las sociedades.

De alguna manera se deja implícita la necesidad de no considerar los aspectos mencionados por que los mismos pueden adquirir características cuestionadoras de las estructuras políticas de los países emergentes, lo que además puede cuestionar a los organismos multilaterales que terminan siendo ejecutores de los ajustes de la economía que desencadenan situaciones sanitarias preocupantes, dejando muchas veces en manos privadas el manejo de los programas ejecutados para ello.

De igual modo la estrategia mencionada, alineada con el modelo neoliberal le inviste carácter a la salud de bien económico individual y no como bien social o colectivo. Por lo tanto los defensores de la visión integral de la APS sostienen que es necesario la interarticulación de los distintos actores, instituciones y dándole participación a la comunidad en el proceso de toma de decisiones en salud para alcanzar el concepto de “integralidad”, considerando a la salud como bien social colectivo, teniendo en cuenta las importantes desigualdades a las que asisten los países emergentes.

MODULO 1: Políticas y Sistemas Sanitarios







# Los Sistemas de Salud






# Esquema de Contenidos

## 1. La respuesta social organizada: los sistemas de salud

**Los temas de los sistemas: La respuesta activa ante el curso de la enfermedad: De losservicios domesticos a la sofisticacion tecnologica**

**¿Qué es un sistema de salud ? Ejercicio conceptual sobre sus componentes y relaciones**

**El papel del estado. El mediador colectivo. El intermediario entre prestadores y usuarios.**

**Principios que el estado establece para regular el acceso de distintos grupos a servicios de salud**

- Poder de Compra
- Pobreza
- Prioridad socialmente percibida
- Ciudadanía

**La necesidad de un mediador colectivo: Motivos por los que debe intervenir el estado en cuestiones de salud**

1. La naturaleza particular de la atencion de la salud
2. Las imperfecciones del mercado

## 2. Actores y Roles que estos desempeñan dentro de un sistema de salud

**Actores involucrados en el sistema de salud**

- Población:
- Los prestadores y proveedores:
- Intermediarios:
- Estado:

**Roles que los Actores desempeñan dentro del sistema de salud**

- a) La población, en su rol de usuarios y financiador
- b) Los proveedores de diferentes categorías y niveles de atención
- c) La intermediación: Los aseguradores

**Relaciones entre los Actores dentro de los sistemas de salud:**

- a) Financiamiento:
- b) Regulación:
- c) Gestión:
- d) Utilización de los servicios:

## 3. Componentes de un sistema de salud

- Modelo de gestión (componente politico)
- Modelo de financiación (componente economico)
- Modelo de atención (componente tecnico)

## 4. Modalidades de organización de los sistemas de salud

**Clasificaciones de los Sistemas de Salud en relación a los modelos de financiación: Mo delo de Evans**

- Ventajas del modelo de Evans para análisis de los sistemas de salud
- Flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud

**Definición de modalidades.**

- **Los atributos clasificatorios**
- **Las dimensiones de la tipologia**
  - **Grado de control: relación con los prestadores de servicios.**
    - Regulacion:
    - Financiamiento
    - Prestacion
  - **Asociacion concatenada**
  - **Principios eticos de intervencion del estado en el acceso de la poblacion a la atencion de la salud. Relación con la población. Base ideologica de las politicas de salud. Distintas lecturas de la palabra equidad.**
    - Poder de compra. (Estado ausente)
    - Pobreza (Focalizacion)
    - Prioridad socialmente percibida (Estado social)
    - Ciudadanía

**Tipos de modalidades.**

## 5. ¿Para que sirven los sistemas de salud?

# LA RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA: LOS SISTEMAS DE SALUD

*Extracto del Libro de Julio Frenk: "La Salud de la Poblacion: Hacia una nueva salud publica" 1996. Fondo de Cultura Economica. Mexico. (http://biblioteca.redescolar.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/toc.htm)*

En este capítulo examinaremos los conceptos básicos sobre los componentes, las relaciones y los efectos de los sistemas de salud. Un análisis de esta índole es indispensable para mejorar la efectividad, la eficiencia y la equidad de la respuesta. A fin de cuentas, un mejor sistema de salud será aquél que tenga mayor capacidad de anticipar el curso de la transición epidemiológica para movilizar los recursos y producir los servicios que reduzcan las desigualdades y logren los mayores incrementos en los niveles de salud al menor costo.

La respuesta de la sociedad empieza desde el momento en que las condiciones de salud son definidas como necesidades. Los factores mediadores de la equidad, la calidad y la tecnología permiten entonces calcular los servicios requeridos para satisfacer tales necesidades. A su vez, la accesibilidad y la productividad establecen las equivalencias en términos de los recursos requeridos para producir dichos servicios. Estos fenómenos dan contenido a los sistemas de salud. Es indispensable, además, entender la estructura del sistema, pues de ella dependerá la forma concreta en que se definan las necesidades, se produzcan los servicios y se movilicen los recursos. En este capítulo analizaremos los elementos fundamentales de esa estructura.

## Los temas de los sistemas: La respuesta activa ante el curso de la enfermedad

Ante la cambiante realidad de la salud, todas las sociedades humanas han desarrollado alguna forma de respuesta. Desde la invocación de las fuerzas sobrenaturales hasta la innovación de las fuerzas atómicas, siempre ha existido una actitud activista ante el curso de la enfermedad. Gran parte de esta respuesta ha estado confinada al hogar y confiada a la responsabilidad del núcleo familiar.

Al lado de la persistente producción doméstica de servicios, se ha desarrollado un conjunto diferenciado de instituciones cuya función especializada es cuidar de la salud. El curso de la modernización ha incluido una transferencia gradual de responsabilidades de la familia y la Iglesia a las profesiones y el Estado. Hoy encontramos por todos lados los signos conspicuos de nuestros esfuerzos colectivos por conservar o restaurar la salud. Desde los grandes centros hospitalarios hasta el botiquín personal, desde la omnipresencia de las ambulancias hasta la proliferación de expertos, la vasta industria de la salud se ha incorporado a nuestra cotidianeidad.

Se ha dicho que los hospitales son las catedrales del siglo XX: un sitio donde convergen el sufrimiento, la esperanza de salvación, la autoridad para alterar destinos individuales y los códigos para interpretar la experiencia humana. Son, también, los espacios donde un número creciente de personas experimenta los procesos esenciales de la vida desde el nacimiento hasta la muerte.

> ***«... la respuesta de la sociedad empieza desde el momento en que las condiciones de salud son definidas como necesidades. Los factores mediadores de la equidad, la calidad y la tecnología entonces calcular los servicios requeridos para satisfacer tales necesidades. A su vez, la accesibilidad y la productividad establecen las equivalencias en términos de los recursos requeridos para producir dichos servicios. Estos fenómenos dan contenido a los sistemas de salud***

Pero el hospital es tan sólo el vértice de una creciente pirámide de organizaciones y especialistas que formulan conocimientos y prácticas sobre algún aspecto de la salud. Los límites del campo de la salud se van expandiendo conforme las explicaciones científicas sobre la experiencia humana se van imponiendo a las interpretaciones legales, morales y religiosas. Alrededor de los signos y síntomas biológicos se han ido construyendo círculos concéntricos que abarcan un área cada vez mayor de vivencias y conductas. La alimentación, la reproducción, la

crianza de los niños, la sexualidad, el ejercicio físico, el consumo de sustancias adictivas, las condiciones del ambiente y del trabajo, el crimen, la locura, la tristeza, la belleza corporal, son todos ámbitos que se suman a la tradicional responsabilidad médica por el dolor, la enfermedad y la muerte. No se trata, como a veces se ha querido presentar, de un afán de "medicalización" para aumentar el poder de los prestadores de servicios. En muchas ocasiones, la ampliación de las responsabilidades del sistema de salud ha sido impuesta a dichos prestadores por un Estado o una sociedad ansiosos de encontrar una base racional a sus intentos de control sobre el destino humano.

En suma, hoy los sistemas de salud representan simultáneamente: una fuente de diferenciación institucional en la sociedad, donde se absorben funciones antes desempeñadas por el individuo y la familia; un conjunto creciente de organizaciones complejas con estructuras de autoridad sui generis; una fuente de empleo y de ingresos para un ejército de profesionales, administradores y técnicos, quienes funcionan dentro de una complicada división del trabajo; un canal para movilizar, intercambiar y redistribuir grandes cantidades de dinero, tanto público como privado; un punto focal para la innovación tecnológica; el sitio por excelencia donde el ciudadano común entra en contacto personal con la ciencia; un vigoroso sector de la economía, con importantes efectos sobre variables macro-económicas como la productividad, la inflación, la demanda agregada, el empleo y la competitividad; una arena para la competencia política entre partidos, grupos de presión y movimientos sociales; una serie de significados culturales para interpretar aspectos fundamentales de la experiencia humana, tales como el nacimiento y la muerte, el dolor y el sufrimiento, la normalidad y la desviación; un espacio donde se formulan y a veces se responden varias de las preguntas éticas clave de nuestros tiempos.

Los sistemas de salud encierran múltiples dimensiones cuya comprensión requiere del concurso de varias disciplinas. En este capítulo no intentaremos disecar todas las dimensiones de la complejidad de los sistemas de salud. Para empezar, realizaremos un ejercicio conceptual sobre sus componentes y relaciones. Ello nos permitirá entender qué es un sistema de salud. Dentro de este marco de referencia daremos especial consideración al papel del Estado, subrayando los principios generales más que las políticas específicas. Pero no basta con un ejercicio conceptual de este tipo. En realidad no hay ninguna razón a priori para suponer que el vasto aparato de la respuesta social organizada produzca mejorías tangibles en las condiciones de salud. De hecho, éste es el tema de un importante debate al que intentaremos contribuir en la parte final.

## ¿Qué es un sistema de salud ? Ejercicio conceptual sobre sus componentes y relaciones

### *Definicion de sistemas: Sistemas complejos*

Antes de explicar los elementos que conforman el sistema de salud, es necesario definir este concepto. La palabra sistema se usa con diferentes sentidos en la ingeniería, la informática, la biología, las ciencias sociales, la filosofía y el lenguaje común. En el campo de la salud presenta dos significados predominantes.

- El primero puede denominarse el enfoque de inventario. En este caso, sistema se refiere a un conjunto de elementos que se encuentran más o menos vinculados por una función común, sin que se especifique la índole de sus interrelaciones. Así, es común que el sistema de salud se defina como una mera lista de las diversas organizaciones o personas que participan en la producción de servicios, sin que se requiera que tales componentes se encuentren coordinados o integrados.
- El segundo enfoque, más estricto, puede denominarse de relación. En este caso, la definición de sistema incluye no sólo sus unidades componentes, sino también las interrelaciones entre ellas. Por lo tanto, un sistema no es cualquier conjunto de elementos sino un conjunto cuya esencia es que el todo resulta mayor que la suma de las partes. En las palabras de Rapoport, un sistema puede verse como "un haz de relaciones".

No obstante tales diferencias, todos los sistema adaptativos tienden hacia la complejidad, la cual puede concebirse como el límite entre el orden y el caos. La complejidad deriva no sólo de las relaciones internas entre los componentes del sistema, sino también de sus relaciones con el entorno.

En el caso del sistema de salud, la tendencia hacia la complejidad creciente se ha acelerado durante las últimas cuatro décadas. En este periodo relativamente corto, los dispositivos sociales para el manejo de la salud han sufrido una transformación radical.

Hoy en día, la mayoría de la gente entra en contacto —ya sea regular o esporádico— con médicos, enfermeras, técnicos, hospitales, clínicas, centros de salud, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguros, vacunas, medicamentos, equipos —todo el vasto y diferenciado conjunto de personas, organizaciones y tecnologías que se especializan en el cuidado de la salud. Una proporción creciente de personas nacen, mueren y pasan periodos considerables de sus vidas en instituciones relacionadas con la salud. A la luz de tal complejidad, es necesario tener un mapa conceptual que nos permita navegar por las profundidades de los sistemas de salud con una dirección definida: comprenderlos para así poder mejorarlos.

## *Componentes y relaciones. Estructura y funcion*

Como un primer paso para desentrañar la complejidad, el análisis de los sistemas de salud debe especificar su arquitectura y sus funciones.

**La estructura**

La arquitectura se refiere al conjunto de elementos componentes y a la estructura de sus relaciones, tanto entre sí como con su entorno (**FIGURA 1**). La **población**, los **prestadores de servicios** y el **mediador colectivo** constituyen los componentes centrales de los sistemas de salud. Su interacción se complica aún más por la presencia de otros actores. Así, se ven apoyados por diversas organizaciones que obtienen recursos potenciales de la población y los convierten en recursos efectivos para los servicios (**Generadores de Recursos**). Entre los ejemplos de este tipo de organizaciones se cuentan las universidades en el caso de los recursos humanos y la investigación científica, las compañías aseguradoras o las cajas de seguros sociales en el caso de los recursos financieros y las múltiples empresas productoras de tecnologías. Como sucede con los prestadores de servicios, el Estado puede ejercer diversos grados de control sobre estos generadores de recursos, incluyendo lá propiedad, el financiamiento y la regulación.

***«... una proporción creciente de personas nacen, mueren y pasan periodos considerables de sus vidas en instituciones relacionadas con la salud. A la luz de tal complejidad, es necesario tener un mapa conceptual que nos permita navegar por las profundidades de los sistemas de salud con una dirección definida: comprenderlos para así poder mejorarlos ...»***

# ACTORES Y ROLES DENTRO DE UN SISTEMA DE SALUD.

***Este articulo presenta una vision diferente a la presentada en el Articulo principal sobre la jerarquia de roles que los actores desempeñan dentro del Sistema de Salud y es la jerarquia adoptada en los sistemas mixtos de predominio liberal en los que se intenta minimizar el rol del estado en su funcion de financiador y prestador de los servicios de salud, e incorporar administradores y prestadores privados.***

## *Identificacion de los actores involucrados en el sistema de salud*

Todo sistema de salud involucra un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos propios. En la persecución de esos objetivos particulares se despliegan acciones que establecen flujos de servicios (de salud) y de recursos (financieros, físicos y humanos). La cantidad y variedad de actores y roles determinan la complejidad de los sistemas. Es importante destacar que los objetivos de los actores no siempre están vinculados con la situación o estado de salud de la población y las acciones pueden llegar a ir en detrimento de ellos.

En síntesis, en un primer nivel de análisis de los sistemas de salud se podrían identificar los actores involucrados en el mismo:

**Población:**

Es necesario distinguir dos grupos poblacionales con los cuales se puede trabajar.

*Poblacion Comunidad*

El primer grupo es la población-comunidad, a la cual se enfocan principalmente las estrategias de promoción de salud y prevención, a través de programas de salud diseñados y la mayoría de las veces ejecutados por los servicios públicos.

*Familias e individuos*

El segundo grupo de análisis lo constituyen las familias e individuos que la componen, los cuales en general son objetos de prestaciones asistenciales individuales en función de sus necesidades específicas. Estas prestaciones se realizan tanto por servicios públicos como privados.

Surge el concepto de “población a cargo”, entendiendo por tal aquellas personas por las cuales los equipos de salud familiar del centro asumen la responsabilidad de su cuidado. La población a atender surge tanto por la delimitación geográfica del área de influencia de cada establecimiento como de la adscripción familiar a un establecimiento.

**Figura 1: Componentes y Relaciones de los sistemas de salud**

Participacion Comunitaria
Servicios Formales de Salud
Otros Sectores
Competencia por responsabilidad y recursos
Impuestos
Demandas por servicios
Grado de Control
Organizacion
Prestadores de Servicios
GRADO DE CONTROL
Mediador Colectivo (Estado)
Principio para el acceso a los servicios
Organizacion
Poblacion (Usuarios)
Grado de Control
Esquemas Interpretativos de la Experiencia Humana
- Subsidios
- Informacion
- Ideologia
Generador de Recursos
- Recursos Humanos
- Mecanismos de Pago
- Informacion Cientifica
- Tecnologia
- Personal Potencial
- Dinero
- Datos

**Los prestadores y proveedores:**

*Prestadores Directos e indirectos*

Nos referimos en este caso al personal que presta directa los servicios asistenciales dirigidos a las personas. También pueden considerarse los prestadores indirectos entre los cuales figuran proveedores de insumos, servicios de laboratorio, personal y servicios de apoyo, etc.

*Prestadores publicos y privados*

En el sistema de salud coexisten prestadores de tipo público y privado, pero en una organización o institución determinada se da solo un tipo de proveedor. Las diferencias entre los sistemas públicos y privados se observan especialmente en el número, tipo y distribución de los profesionales, organización, recursos y tecnología disponible.

*El mercado: la oferta, la demanda y los factores productivos. El pago por los servicios*

En los sistemas de salud fuertemente liberales, es el mercado de las prestaciones, el que resuelve el tema de como las entidades aseguradoras o financieras demandan prestaciones de salud para sus beneficiarios y como pagan por estas a las entidades prestadoras de servicios. El lado de la demanda está constituido por una demanda compuesta entre la aseguradora y el beneficiario de la misma, donde la primera realiza un pago por la prestación y el segundo un co-pago.

El lado de la oferta está constituido por los proveedores de prestaciones de salud, públicos y privados (Servicios de Salud, Establecimientos Hospitalarios, Consultorios Municipalizados, Postas, Clínicas, Consultas Médicas, etc.).

Finalmente, está el componente del mercado de factores productivos. En ésta área se ubican las relaciones entre las unidades productivas (establecimientos de salud) y los recursos necesarios para hacer posible la provisión de servicios (mano de obra, insumos, tecnología, equipamiento, in-

Por último, existen muchos **otros sectores** económicos que producen bienes y servicios con efectos sobre la salud (por ejemplo, alimentos, educación, construcción de viviendas, agua y saneamiento, protección ambiental). Gran parte de la dinámica política del sistema se da en la definición de los límites —muchas veces arbitrarios— entre estos otros sectores y los prestadores de servicios de salud en sentido estricto. De tal definición dependerá qué tan amplia o estrechamente se defina el ámbito de actividad de las organizaciones de atención a la salud.

Existe una distinción sutil pero útil entre el sistema de salud y el sistema de atención a la salud. Tal como se usa comúnmente, este último es un concepto más estrecho que se restringe a los prestadores de servicios, a algunos generadores de recursos y al mediador colectivo. La categoría de sistema de salud abarca a todos los actores descritos en la figura 1, incluyendo la población y los otros sectores. Esta definición más amplia de los sistemas de salud otorga un mayor peso a la acción multisectorial y a la participación de la población.

**Las Funciones**

Respecto a las funciones, el sistema de salud puede ser visto, en sentido abstracto, como el vehículo de la respuesta social organizada a las condiciones de salud de una población. Así, comprende al conjunto de instrumentos sociales (por ejemplo, legislación, organizaciones y tecnologías) que se encargan, tal como se revisó en el capí-

tulo II, de movilizar recursos para transformarlos en servicios de salud, guiados por políticas e información acerca de las necesidades de salud y sobre el desempeño del propio sistema.

Esta serie de funciones de los sistemas de salud pueden entenderse mejor dentro de un marco relacional que especifique los principales actores involucrados, sus intercambios y las bases de su interrelación.

En esencia, todo sistema de salud implica la interacción entre los prestadores de servicios y los miembros de una población. Esta interacción se caracteriza por diversas dimensiones de complejidad.

***«... respecto a las funciones, el sistema de salud puede ser visto, en sentido abstracto, como el vehículo de la respuesta social organizada a las condiciones de salud de una población. Así, comprende al conjunto de instrumentos sociales (por ejemplo, legislación, organizaciones y tecnologías) que se encargan de movilizar recursos para transformarlos en servicios de salud, guiados por políticas e información acerca de las necesidades de salud y sobre el desempeño del propio sistema.***

*Primero: Los actores en su amplia mayoria pertenecen a diversas organizaciones que dan forma a su interaccion:*

Las organizaciones de los prestadores incluyen tanto sus lugares de trabajo como las asociaciones que representan sus intereses. En el caso de la población, existen diversos niveles de organización, incluyendo el hogar, la comunidad y los muchos lugares y motivos por los que la gente se reúne, tales como las empresas, los sindicatos, los partidos políticos, los grupos de interés, etc. (Un tipo de organización particularmente importante se refiere a las empresas que generan riesgos a la salud, ya sea por medio de la contaminación o mediante la producción de sustancias peligrosas.)

*Segundo: Las organizaciones constituyen categorias heterogeneas*

Las organizaciones de atención a la salud abarcan una gran variedad de grupos profesionales y ocupacionales, cada uno con diferente grado de control dentro de la división del trabajo. Incluso pueden darse divisiones dentro de un mismo grupo, como sucede con los

***«... en esencia, todo sistema de salud implica la interacción entre los prestadores de servicios y los miembros de una población. Esta interacción se caracteriza por diversas dimensiones de complejidad.***

fraestructura, financiamiento, etc.). Aquí se inscriben temas como el de la contención de costos, política salarial, política de inversión, centrales de compra, etc.

**Intermediarios: Los aseguradores.**

Los seguros pueden ser públicos o privados, con o sin fines de lucro. Los aseguradores pueden tener un rol de intermediarios entre los individuos y los proveedores, o ser también proveedores.

El financiamiento del seguro puede tener diferentes formas de ser aportado:

*Financiamiento Estatal:*

Fundamentalmente financiado a través de los impuestos generales;

*Financiamiento Individual:*

A través de cotizaciones obligatorias (7% de los salarios) o voluntario (seguros complementarios de salud, aportes mayores al 7%).

El mercado de seguros de salud, comprende básicamente las transacciones relativas a los planes de salud que las Instituciones Aseguradoras le ofrecen a la población.

En este mercado se resuelve el tema del financiamiento de la salud a nivel sectorial, definiéndose la estructura del macrofinanciamiento (aportes fiscales, cotizaciones previsionales de salud, venta de servicios, etc.).

En este mercado el lado de la demanda está representado por las personas que requieren adquirir un seguro de salud y por el Fisco, quien demanda planes de salud en representación de los grupos más pobres de la sociedad, quienes no tienen poder adquisitivo suficiente para expresar sus necesidades en el mercado.

El lado de la oferta lo constituyen las aseguradoras públicas y privadas.

**Estado:**

El Estado cumple un rol fundamental en la salud de las personas, con deberes establecidos en la Constitución Política. Este rol lo ejerce a través de la generación de sus políticas de salud que llevan a cabo los diferentes gobiernos, cumpliendo además un rol regulador y redistributivo, que corrija las inequidades que se produzcan al interior del sistema.

Entendida de este modo la salud, se convierte en un fin en sí misma, y como tal, constituye un derecho humano básico de todos los miembros de nuestra sociedad. Simultáneamente, la salud debe ser entendida como un componente esencial del crecimiento y del desarrollo integral del país.

En concordancia con lo anterior, el Estado debe garantizar a todos los habitantes el pleno ejercicio de este derecho, proporcionando un adecuado acceso a servicios de salud integrales, públicos y privados, así

como a otros bienes y servicios esenciales, en el contexto de un entorno social, ambiental y laboral sano, para contribuir al desarrollo económico y social del país.

Los servicios de salud podrán ser por tanto públicos como privados, debiendo el Estado garantizar el acceso a ellos de todos sus habitantes, sin distinción de condición económica, social, de lugar de residencia o de cualquier otro factor de discriminación.

En lo referente al otorgamiento de prestaciones, y en conformidad a los principios generales orientadores de la política de salud, el Estado privilegia en sus servicios de salud la atención a los grupos de población en extrema pobreza, a sectores de ingresos bajos y medios, a aquellos que habitan en lugares alejados o aislados del territorio y a otros afectados por factores de riesgo bio-médico, cultural o social.

Por lo anterior y en cumplimiento de su rol rector y regulador, le corresponde al Ministerio de Salud como órgano del estado, asegurar la equidad en el acceso de las personas a servicios de salud de calidad técnica y humana apropiadas a sus necesidades, así como la transparencia en la relación entre oferentes y demandantes de dichos servicios y las entidades que las financian.

## *Roles que los Actores desempeñan dentro del sistema de salud*

**a) La población, que en principio asume dos roles:**

- el de usuarios o beneficiarios del sistema y
- el de contribuyentes o aportantes para su financiación.

**b) Los proveedores de diferentes categorías y niveles de atención**

Pueden ser personas físicas (profesionales independientes) o jurídicas (instituciones) y pueden asumir responsabilidades diferenciadas. Los proveedores son remunerados por los servicios brindados a la población. Cada modelo de remuneración involucra conductas diferentes. En algunos casos el proveedor es responsable por el servicio y en otros por el usuario. Es decir, que los diferentes modelos de pago a los proveedores constituyen diferentes formas de compartir los riesgos que involucra mantener la salud de la población. Se puede postular que los roles de los proveedores estarán determinados por los niveles de riesgo que estos asuman en la protección de la salud de la población.

**c) La intermediación**

Puede ser en la compra o financiación de los servicios, lo cual significa que hay una relación de agencia, es decir que un tercer pagador que se hace responsable por financiar los servicios que los proveedores prestaron a la población (usuarios). Por otro lado, la intermediación también puede consistir en la regulación que consiste en establecer límites y pautas a la prestación de servicios y la remuneración por los mismos. Las funciones de regulación generalmente las asume el Estado aunque existen mecanismos de autoregulación por parte de las cámaras o asociaciones que congregan a los prestadores.

Para aclarar mejor los roles que asumen los distintos actores dentro del sistema de salud se presenta el siguiente texto:

médicos. Por lo tanto, no todos los prestadores comparten necesariamente los mismos intereses. A su vez, las poblaciones se encuentran estratificadas a lo largo de diversas líneas, entre las cuales la ocupación, el ingreso, la educación, el género, la etnicidad y la ubicación geográfica tienen importantes efectos sobre la distribución de las condiciones de salud y el acceso a los prestadores.

*Tercero, la relación entre los prestadores y la población no es directa, sino que es mediada por un actor colectivo.*

Si bien en el pasado diversas instituciones sociales, como la Iglesia, pudieron haber desempeñado tal papel de intermediación, en la mayoría de los países contemporáneos el Estado se ha convertido en el mediador colectivo fundamental. En este capítulo seguiremos la práctica común de adoptar la definición restringida del Estado como las instituciones de gobierno que proporcionan los vehículos administrativos, legislativos y judiciales para el ejercicio de la autoridad y el poder públicos, más que la definición amplia del Estado como la organización política total de una sociedad.

Además de los obvios intercambios de servicios, recursos y participación, conviene destacar que, como se mencionó antes, los prestadores ofrecen al Estado esquemas interpretativos sobre la experiencia humana. Por representar alternativas a las explicaciones mágicas y religiosas, el Estado puede usar dichos esquemas para legitimar distintas ideologías modernizadoras y para controlar a la población (por ejemplo, en el caso de las enfermedades transmisibles y los padecimientos mentales). Una cuestión básica para comprender los sistemas de salud se refiere a la forma en que los diversos actores emiten y detectan señales, formadas por información y conductas que generan una retroalimentación por parte de los otros actores, la cual constituye, sin duda, un área de investigación básica para el futuro.

## El papel del estado. El mediador colectivo. El intermediario entre prestadores y usuarios.

***En esta seccion, es necesario retomar lo desarrollado en el capitulo sobre Politicas Sociales acerca del rol del estado como Mediador Colectivo. Por haber sido ya desarrollado extensamente solo se expondra un resumen el que resulta imprescindible para la comprension de los textos que siguen..***

Dijimos que el Estado no es un actor unidimensional. puede ser mediador, regulador, prestador o generador de recursos. Existen ademas otras instancias públicas que sin formar parte del sistema de salud , constituyen elementos clave de su organizacion como son los casos de las ramas legislativa y judicial del gobierno, o las dependencias ejecutivas encargadas del presupuesto público, la recolección de impuestos y el cumplimiento de la ley. Se puede concluir, por lo tanto, que el Estado ocupa múltiples posiciones en el sistema de salud y su entorno.

Entender la configuración precisa de la participación del Estado es un requisito para comprender los sistemas de salud.

Entonces, el Estado puede participar en la atención a la salud mediante tres mecanismos principales: ***Regulación, Financiamiento y Prestación*** directa de servicios.

Estos mecanismos no son mutuamente excluyentes; por el contrario, existe una suerte de asociación concatenada entre ellos, pues la prestación directa implica también financiamiento, y el financiamiento implica regulación. Qué tantas de estas funciones desempeñe el Estado determinará su grado de control sobre los prestadores. Por ahora, lo importante es entender que el grado de control representa la forma

***«... los prestadores ofrecen al Estado esquemas interpretativos sobre la experiencia humana. Por representar alternativas a las explicaciones mágicas y religiosas, el Estado puede usar dichos esquemas para legitimar distintas ideologías modernizadoras y para controlar a la población .Una cuestión básica para comprender los sistemas de salud se refiere a la forma en que los diversos actores emiten y detectan señales, formadas por información y conductas que generan una retroalimentación por parte de los otros actores ...»***

### *Relaciones entre los Actores dentro de los sistemas de salud:*

Los cuatro actores involucrados en el sistema, se relacionan estrechamente entre sí a través de las siguientes funciones: Financiamiento, Regulación, Gestión y Utilización de los servicios.

**a) Financiamiento:**

La forma y cantidad de recursos asignados para financiar los servicios de salud es uno de los elementos distintivos importantes en los diferentes sistemas y subsistemas de salud. A continuación se describen en forma general los aspectos más importantes a considerar en el análisis del sistema de financiamiento.

*Obtención de los recursos:*

Los recursos son obtenidos generalmente de una amplia de fuentes: desde el Estado a través de los recursos disponibles por el pago de los impuestos generales, en cuyo caso los individuos no perciben diferencias en la atención recibida, cumpliendo el Estado una función redistributiva. En el otro extremo está el caso en el cual los individuos pagan directamente por los servicios, existiendo mayores diferencias en los servicios obtenidos.

Habitualmente los sistemas nacionales de salud se financian a través de una mezcla de aportes en los cuales existen aportes del estado recaudados vía impuestos generales, aportes directo de los trabajadores a través de un porcentaje de su sueldo, aporte de los empleadores y aportes voluntarios de tipo privado por primas calculadas según el riesgo individual o colectivo.

*Asignación de recursos:*

Los sistemas y servicios de salud tienen diferentes formas de pagar los servicios de los prestadores y proveedores: Entre ellos podemos mencionar los siguientes:

**Pago per cápita (o por capitación).**

Es el modelo utilizado actualmente en Chile para la asignación de recursos de la atención primaria municipalizada; también se utilizan modalidades similares en otros países como el Reino Unido y España. Este consiste básicamente en la asignación de un monto preestablecido por persona, de carácter prospectivo, en que los recursos son entregados a las entidades que asumen la responsabilidad en la prestación de servicios, con el compromiso de que éstas ejecuten un cierto número de acciones tendientes al cuidado de la salud de una población determinada. La asignación per cápita es independiente del volumen de actividades realizadas, pudiendo en cambio relacionarse con los resultados obtenidos. Es posible, además, que el monto calculado sea indexado por factores sociales y/o epidemiológicos que influyan en la

determinación del costo de las actividades de salud. Parte de este aporte puede estar asociado al cumplimiento de determinadas metas de salud en la población a atender, (ej. coberturas de atención) incorporado como instrumento de incentivo al desempeño técnico de los prestadores.

**Pago por acción en salud:**

Se refiere al pago por cada prestación realizada. En general este sistema tiene el riesgo de incentivar el aumento del consumo y del gasto. Fue utilizada para financiar la atención primaria en Chile (FAPEM) antes de la introducción del per cápita.

**Pago por producto:**

Consiste en el pago a prestadores y proveedores por un conjunto de prestaciones definidas como necesarias para la atención de problema de salud. Ejemplo de ello es el pago asociado a diagnóstico (PAD) que se utiliza en los hospitales públicos en Chile para algunas patologías.

**Pago por presupuesto:**

Es uno de los sistemas más tradicionales utilizados, en el cual habitualmente se asignado un presupuesto por un período determinado basado en antecedentes históricos del gasto.

Actualmente en los diferentes mecanismos de asignación de recursos existe la tendencia de introducir los elementos de competitividad de los proveedores y de regulación del gasto. La mayor competitividad se basa en la orientación al cliente que las instituciones públicas y privadas pretenden, tratando de conseguir una mayor fidelidad de sus pacie3ntes y clientes. Sin embargo para que la competitividad pueda operar y tener significado en la realidad debe asociarse a ciertos grados de libertad de elección y posibilidad de decisión de los ciudadanos que reciben la atención. Los mecanismos de regulación del gasto tienden a controlar la tendencia observada a su aumento, condicionada por múltiples necesidades en salud que se pretenden satisfacer, requerimientos de la sociedad a que los sistemas de salud sean más eficientes y por la asimetría de información existente entre los prestadores y la población general.

**b) Regulación:**

Consiste en la definición por parte de la autoridad de las políticas, normas, planes y programas, que señalan el marco en el cual deben funcionar los diferentes componentes del sistema de salud. La regulación además también debiera incorporar los mecanismos de fiscalización y control del cumplimiento de los diferentes elementos. Esta función corresponde en primer lugar ejercerla al Estado, pero en ella también pueden intervenir otros agentes como las empresas de servicios, agrupaciones de profesionales, compañías aseguradoras, etc. Entre los aspectos sometidos a regulación se señalan los principal en que el Estado se relaciona con los prestadores de servicios, dentro del conjunto de interrelaciones que definen al sistema de salud.

La base de la relación del Estado con la población y sus organizaciones se da a través de los principios que el propio Estado establece para regular el acceso de distintos grupos a los servicios a los servicios de salud. Estos principios de fundamental importancia etica y politica son los que determinan la equidad en la utilización de los servicios y las prioridades en la distribución de los recursos. Recordemos que estos principios son: ***Poder de Compra, Pobreza, Prioridad socialmente percibida y ciudadania*** y fueron extensamente desarrollados en el capitulo antes mencionado.

Volveremos a retomar el tema del Grado de Control del Estado sobre los prestadores de servicios y de los Principios de Acceso a los servicios de salud, en la siguiente sección, cuando los apliquemos a la tarea de clasificar las modalidades de intervención del Estado.

## La necesidad de un mediador colectivo

Además de los determinantes sociales, económicos y políticos que explican la intervención del Estado en el campo de la salud, existen también importantes motivos de carácter normativo.

### *Motivos por los que debe intervenir el estado en cuestiones de salud*

**1. La naturaleza particular de la atencion de la salud**

El más importante de ellos se refiere a la naturaleza particular de la atención de la salud. Al igual que la educación, la salud no puede ser tratada simplemente como un elemento más del sistema general de recompensas que se obtienen a través del ingreso monetario. Para empezar, la pérdida de la salud no suele ser un acontecimiento voluntario. Tampoco es predecible para un individuo en particular (aunque sí lo es, sobre bases probabilísticas, para grupos de personas). Más aún, los servicios de salud no producen satisfacción por sí mismos ni

***«... la salud no puede ser tratada simplemente como un elemento más del sistema general de recompensas que se obtienen a través del ingreso monetario, la pérdida de la salud no suele ser un acontecimiento voluntario ni predecible, más aún, los servicios de salud no producen satisfacción por sí mismos ni pueden ser considerados como una "recompensa" al mérito social, como podrían serlo algunos bienes de consumo ...»***

pueden ser considerados como una "recompensa" al mérito social, como podrían serlo algunos bienes de consumo.

## 2. Las imperfecciones del mercado

Además, el mercado de los servicios de salud exhibe tantas imperfecciones que bien se le podría caracterizar como un mercado "perfectamente imperfecto".

*2.A: Asimetria de la informacion*

La más importante de esas limitaciones se refiere a las asimetrías de información entre los productores y los consumidores. Esta cuestión contiene varias facetas.

En primer lugar, la información misma es el producto de muchos episodios de atención médica: a menudo los pacientes acuden al doctor precisamente para obtener información experta sobre su propia condición.

En segundo lugar, muchas necesidades de salud ocurren con tan poca frecuencia o amenazan a tal grado la vida que hacen muy poco factible obtener información para guiar las decisiones de compra.

En tercer lugar, la ignorancia sobre los aspectos técnicos de la atención a la salud deja la mayor parte de las decisiones sobre la utilización de servicios en manos del proveedor, dando así lugar a lo que en economía se llama demanda inducida por la oferta.

*2.B: Los beneficios de la atencion a la salud no son necesariamente individuales. La salud representa un bien (valor) social*

Otra importante imperfección del mercado se refiere el hecho de que los beneficios de la atención a la salud no son estrictamente individuales, sino que llegan a la familia, la comunidad y el resto de la sociedad. Esto es obvio en el caso de numerosos servicios no personales de salud, tales como las acciones ambientales, que constituyen bienes públicos.

Además, no todos los beneficios de los servicios personales de salud se limitan al paciente individual, pues pueden existir externalidades significativas. Por ejemplo, la prevención y el tratamiento de las enfermedades transmisibles beneficia no sólo a la persona que recibe el servicio sino a toda la población. Aun en el caso de los padecimientos no transmisibles, la salud individual constituye un valor social pues representa un insumo para el desarrollo económico y una inversión en el capital humano de una nación. Por último, aun en ausencia de argumentos utilitarios, puede existir una preferencia social y política por no permitir que ningún individuo sufra deterioros evitables en sus niveles de salud.

Así pues, si los beneficios de la atención a la salud son sociales, entonces se justifica diseñar mecanismos para que los costos también se distribuyan entre los miembros de la sociedad. Por su complejidad y su valor político, estos mecanismos comprenden la participación de algún

> ***«... el mercado de los servicios de salud exhibe tantas imperfecciones que bien se le podría caracterizar como un mercado "perfectamente imperfecto" ...»***

siguientes: *Derechos de la personas*: Ejs: acceso, confidencialidad, etc. *Subsidios*: Ejs.: licencias médicas *Estándares de calidad Precios Prestaciones*

**c) Gestión:**

Se refiere a los métodos y mecanismos de conducción y administración de los diferentes tipos de recursos que la sociedad pone a disposición de las instituciones públicas y privadas para el cumplimiento de la misión encomendada, traducida en las diferentes políticas, planes, programas y proyectos a ejecutar. Hoy en día una de las preocupaciones centrales en todo sistema de salud es el aumento de la eficiencia y eficacia de los diferentes recursos disponibles por las instituciones, sometidos a intensos procesos de reforma en su interior. Entre los puntos centrales que se encuentran en estos procesos de reforma están una mayor preocupación por la satisfacción de la población, los cambios en los perfiles epidemiológicos y demográficos, la búsqueda de mayor eficiencia en el uso de los recursos y la contención de costos.

**d) Utilización de los servicios:**

La utilización de los servicios depende de múltiples factores. Entre ellos los más destacados son los siguientes:

*Creencias y valores:*

Las percepciones y motivaciones que tienen los individuos y familias para buscar atención están influidas por su cultura, educación, nivel social y económico.

*Demográficos:*

La composición de la población en edad y sexo son factores importantes a considerar, por las diferentes necesidades, percepciones que tienen respecto a la demanda en salud.

*Epidemiológicos:*

La naturaleza de los problemas de salud existentes en la población influirá en la demanda.

*Acceso:*

Las barreras geográficas, económicas, tiempos de espera, trato y personalización en la atención influyen indirectamente en la demanda, favoreciéndola o limitándola.

actor colectivo que, como se indicó antes, casi siempre es el Estado. Tal participación también se requiere para atender los problemas de incertidumbre y de información insuficiente que caracterizan el mercado de los servicios de salud.

*2.C: La selección adversa*

En particular, la incertidumbre ante la pérdida de la salud se puede abordar agregando los riesgos individuales mediante los seguros médicos. Esta agregación de riesgos los vuelve predecibles, mediante cálculos actuariales, para la colectividad de asegurados, con lo cual se puede administrar la incertidumbre. A fin de lograr una masa crítica de asegurados y de evitar la selección adversa que acompaña a los seguros voluntarios, el Estado suele imponer un grado de obligatoriedad al aseguramiento. Su expresión más acabada son los seguros sociales con cobertura universal, donde toda la población queda cubierta. La obligatoriedad también sirve para contrarrestar la tendencia de muchos individuos a subestimar sus propios riesgos. Se elimina así la probabilidad de que una persona tenga que enfrentar gastos catastróficos para atender su salud o la de sus familiares. Si son financiados mediante un esquema progresivo de primas, de tal modo que las contribuciones sean proporcionales a la capacidad de pago, los seguros sociales también se convierten en un instrumento redistributivo que promueve la igualdad.

Las consideraciones anteriores establecen la racionalidad de la intervención del Estado en la atención a la salud. Dentro de los límites de tal racionalidad, ha existido un alto grado de variación en las formas concretas que la intervención ha adoptado. De ellas se derivan las diferentes modalidades que han surgido para organizar la atención a la salud. Es necesario, por lo tanto, estudiar dichas modalidades, así como los grandes princ ipios políticos y éticos que subyacen a cada una de ellas.

# MODALIDADES DE ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

***A continuacion se desarrollan las diferentes modalidades de clasificación de los sistemas de salud. Se presentan en dos columnas de desarrollo paralelo, no porque contengan posturas antagónicas sino por el contrario, ambas modalidades se complementan. La que se presenta con fondo blanco, es la continuacion del desarrollo previo y se basa en las caracteristicas de los sistemas de acuerdo al grado de control del estado sobre los prestadores de servicios y a los principios de acceso que el propio estado establezca para la atención de la salud. En la segunda columna, de fondo gris, se presenta en la primera parte, un modo sistematizado de analisis de los sistemas de salud y en la segunda parte un modelo de clasificación basado en los mecanismos de financiamiento y pago a prestadores.***

**Esquemas existentes de clasificación.**

En vista de la variación arriba mencionada, no debe sorprendernos que la bibliografía acerca de los sistemas de salud contenga varios equemas de clasificación basados en diferentes criterios.

Una clasificación ampliamente utilizada distingue entre Asistencia Pública, Seguro Nacional de Salud y Servicio Nacional de Salud. Otra clasificación reconoce, además de los sistemas de “libre empresa”, tres tipos principales de programas públicos: Seguridad Social; Asistencia Pública y Servicio Universal. Field basa su análisis en cuatro “tipos ideales” de sistemas de salud: Plural, Seguro de Salud, Servicio de Salud y Socializado.

Aunque útiles para realizar comparaciones amplias, estas tipologías engloban bajo una sola categoría sistemas totales de salud que en muchos casos mezclan varios sectores o programas muy diferentes. Un ejemplo es el del Servicio Nacional de Salud de la Gran Bretaña, el cual tiene dos componentes muy distintos: la medicina general, en la que el Estado financia la atención proporcionada por contratistas privados, y los servicios hospitalarios, que son proporcionados directamente por organizaciones gubernamentales. Otro ejemplo es el de muchos países de América Latina, donde el Estado maneja dos subsistemas distintos: por un lado, la asistencia pública para la población rural y los indigentes urbanos; por el otro, la seguridad social principalmente para los asalariados. Una caracterización sumaria de la totalidad del sistema es aún más difícil cuando, como sucede frecuentemen-

## COMPONENTES Y CLASIFICACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

*Extraido del Articulo “Herramientas para el analisis del Sector Salud” de Federico Tobar. Fundacion ISALUD. (http://www.isalud.org/documentacion/largo.pdf) publicado tambien en **Medicina y Sociedad**, 2000: Vol 23, Nro 2.*

Todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes (Tobar, 1998). Cada uno de ellos involucra un conjunto de definiciones particulares, inherentes a cuestiones específicas. De esta manera se puede pensar a los sistemas de salud como al conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres conjuntos:

- Uno político, al que llamaremos aquí modelo de gestión.
- Uno económico, al que llamaremos aquí modelo de financiación.
- Uno técnico, al que llamaremos aquí modelo de atención o modelo asistencial.

### Modelo de gestión (componente politico)

La problemática del modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades del sistema, en cuales son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción. En el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional se pueden distinguir dos cuestiones centrales del modelo de gestión:

*a) Valores que guían al sistema,*

Cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros, por ejemplo, unos se preocupan más con la universalidad de la cobertura otros privilegian la efectividad de las acciones (su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos).

Como se vio en el capitulo sobre Politicas Sociales estos valores surgen en general de la interpretacion y priorizacion

de principios tales como justicia, equidad, accesibilidad, efectividad y calidad.

*b) Funciones del Estado en salud.*

Cada sistema de salud involucra determinadas formas de participación del Estado en la resolución de los problemas de salud de la población. Esta participación puede variar en cantidad y calidad. De hecho no es totalmente imposible pensar en un sistema de salud con total ausencia del Estado. Las funciones del Estado en salud se pueden encuadrar en cuatro categorías:

- Informar a la población
- Proveer directamente servicios a la población
- Financiar servicios de salud
- Regular el mercado de salud

Desde esta óptica, la dimensión política del sistema de salud consistiría en definir qué tipo de informaciones deben ser suministradas a la población, qué servicios debe proveer directamente el Estado, cuales y cómo debe comprar el Estado al sector privado y por último, cómo se debe regular a las empresas de salud.

En síntesis, desde la perspectiva del modelo de gestión del sistema es importante detectar en cada país cuales son los principios y valores que guían el sistema, cuales son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, quién las toma y cómo se toman.

**Modelo de financiación (componente economico)**

La problemática del modelo de financiación involucra un conjunto de cuestiones tales como:

*I. ¿Cuánto debe gastar un país en salud?*

Esta ha sido una de las mayores preocupaciones de la economía de la salud y ha motivado un amplio conjunto de estudios. Aunque ninguno de ellos puede considerarse conclusivo, los mismos han permitido identificar una serie de variables a ser consideradas para buscar respuestas y están relacionadas con los niveles de salud de la población, los modelos de sistemas de salud y el tamaño de la economía.

*II. ¿De dónde deben provenir los recursos?*

Los cambios en la economía y, en especial, en las bases tributarias de los países llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud. Hasta hace unos pocos años la tendencia más acentuada en la definición de cuales deberían ser las fuentes de financiación de los sistemas de salud de los países consistía en la incorporación de contribuciones sociales basadas en el trabajo. En otros términos, la mayoría de los países expandió y consolidó sus sistemas de salud en base a un impuesto al trabajo. Hoy la tendencia es hacia el abandono de esa vinculación de la financiación de la salud con el trabajo y su reemplazo por otras fuentes más contracíclicas.

te en América Latina, el sistema de seguridad social se encuentra formado por diversas agencias para diferentes grupos ocupacionales.

En resumen, muchas de las tipologías existentes consideran a los países en su totalidad como unidades de análisis. Los problemas que ello acarrea pueden resolverse si se basa la tipología en un nivel analítico de agregación inferior al del país entero. Utilizaremos el término modalidad de organización de la atención a la salud para referirnos a este nivel de análisis. Algunos países pueden tener una modalidad única de organización, pero la mayor parte de los sistemas de salud se caracterizan por la coexistencia de diversas modalidades de importancia variable. Por lo tanto, es posible describir el patrón nacional de organización sanitaria mediante un perfil de modalidades.

***«... muchas de las tipologías existentes consideran a los países en su totalidad como unidades de análisis. Los problemas que ello acarrea pueden resolverse si se basa la tipología en un nivel analítico de agregación inferior al del país entero ...»***

## Definición de modalidades.

No debe considerarse el término modalidad como sinónimo de programa. Un programa específico de atención a la salud podría constituir el único medio de organización de una modalidad; pero, de la misma manera, varios programas, cada uno dirigido por un establecimiento público diferente, podrían constituir una sola modalidad en un país. En esta forma, las modalidades representan un nivel de análisis intermedio entre el macronivel de los sistemas totales de salud y el micronivel de los programas específicos.

Las modalidades de organización se definen con base en uno o más atributos importantes. La especificación precisa de estos atributos se convierte, entonces, en el problema crucial al definir las modalidades y, en consecuencia, al desarrollar un esquema de clasificación. Las distintas opciones de atributos clasificatorios permanece como tema de controversia en la bibliografía referente a la comparación entre sistemas de salud.

## Los atributos clasificatorios

Proponemos una clasificación que se deriva de nuestro esquema sobre los componentes y las relaciones de los sistemas de salud, tal como fue presentado en la figura 1. En particular, adoptamos la concepción de Johnson, en el sentido de

que la intervención del Estado representa una forma de mediación entre los prestadores de servicios y la población. El resultado es una tipología basada en dos dimensiones fundamentales.

**La primera** *—el grado de control sobre la producción de los servicios de salud—* refleja la relación del Estado con los prestadores.

**La segunda dimensión** *—los principios de acceso—* indica la relación del Estado con los usuarios reales o potenciales.

Antes de examinar con detalle la tipología propuesta, conviene hacer algunas aclaraciones. Como todas las clasificaciones, ésta hace una abstracción de las complejidades de la vida real para enfocarse en aquellos aspectos que permitan diferenciar entre un tipo y otro. Por eso, la tipología se concentra únicamente en el eje central de los sistemas de salud, a saber, la relación entre prestadores, población y Estado. Esto no significa que los demás actores identificados en la figura 1 —los generadores de recursos y los otros sectores con efectos sobre la salud— no sean importantes, sino que sus diferentes formas de organización son compatibles con varios tipos de modalidad y por lo tanto no resultan esenciales para la clasificación.

Una aclaración adicional se refiere a los nombres de las modalidades que se presentan en las celdas de la figura 2. A fin de mantener cierta continuidad con la bibliografía anterior sobre el tema, hemos conservado designaciones convencionales como "Seguro Nacional de Salud". Reiteramos, sin embargo, que los usos anteriores de estos términos se aplicaban al sistema total de salud, mientras que nosotros los empleamos para designar una modalidad que puede coexisitir con otras dentro del mismo sistema de salud.

## Dimensiones de la tipologia

### *Grado de control: relación con los prestadores de servicios.*

El control estatal en cuestiones de salud puede asumir diversas formas:

**Regulacion:**

Con respecto a la primera dimensión, es necesario, distinguir el control estatal de la simple regulación pública. Como vimos antes, la regulación es sólo uno de tres mecanismos que el Estado tiene a su disposición para intervenir en la atención a la salud.

### *III. ¿Cómo asignar los recursos?*

La problemática de la asignación de los recursos es también muy amplia y particular en cada país. La misma se puede definir a través de las siguientes cuestiones relacionadas:

¿Cómo transferir recursos desde los niveles centrales a los locales de los sistemas?

¿Qué instrumentos o modelos de pago emplear para la compra de servicios?

### Modelo de atención (componente tecnico)

A diferencia de las dos anteriores, la problemática de los modelos de atención es estrictamente médico - sanitaria. En otros término, se trata de la dimensión técnica más específica del sector. Los criterios que establecen cómo se organiza y divide el trabajo médico. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con:

I. ¿Qué cubrir? (¿Qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se debe brindar a la población?)

II. ¿A quién cubrir? (¿cuales son los criterios de elegibilidad o inclusión al sistema?)

III. ¿Cómo prestar? (¿qué prestadores? ¿con cuales criterios o padrones? )

IV. ¿Dónde prestar? (¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta? ¿Qué criterios de referencia y contrareferencia adoptar?)

### Conclusiones

El análisis del sector salud requiere de consideraciones específicas que lo distinguen de otros sectores y requieren de cuidados especiales. Por un lado pueden emplearse algunas herramientas propias del análisis de los sectores sociales, tales como el distinguir entre situación de la población, situación del sistema de servicios y situación de las políticas. La utilidad de esta distinción radica en que permite mantener clara la relación figura – fondo evitando que se afirme que "el sector salud funciona mal porque el sistema presenta deficiencias", o en los países que ya han avanzado en la reforma, que se afirme que "el sistema funciona mal porque los indicadores de salud aún no han mejorado".

Otro dispositivo útil para ordenar el análisis consiste en distinguir los tres componentes de cada sistema: el modelo de gestión, el modelo de atención y el modelo de financiación. Se podría afirmar que la última generación de reformas ha asumido como objetivo prioritario contener el gasto sectorial. De esta forma el debate ha quedado muy restringido a la problemática de los modelos de financiamiento y se ha tendido a dejar de lado la consideración de los modelos de gestión y de atención.

La relevancia, tal vez desmesurada, que ha adquirido la perspectiva económica para la consideración de los sistemas de salud convirtió a la clasificación centrada en los tipos ideales en una herramienta insuficiente para el análisis. La taxonomía centrada en los actores y flujos (de recursos y servicios) que entre ellos se plantean facilita el análisis de las reformas.

## Clasificaciones de los Sistemas de Salud en relación a los modelos de financiación: Modelo de Evans

Robert Evans (1981) formula un modelo empirico para clasificar los sistemas de salud que puede ser utilizado para identificar lo subsistemas y para describir luego los sistemas de salud. El citado autor define los Sistemas de Salud por medio de Subsistemas de financiacion, pago y regulación. Nos concentraremos aquí solo en los dos primeros.

**Los subsistemas de financiacion** se dividen en

a) con fuente de financiamiento publica u obligatoria

b) con financiamiento privado o voluntario.

**Los subsistemas relativos al pago** adquieren cuatro formas distintas:

a) desembolso directo de las personas sin seguro

b) desembolso directo con reintegro por seguro

c) pago indirecto por parte de terceros mediante contratos

d) indirecto por parte de terceros bajo presupuesto o salario dentro de organizaciones con integracion vertical.

**De la combinacion de las dos fuentes de financiamiento con cada uno de los cuatro modelos de pago a prestadores surgen ocho mecanismos de financiacion y pago. (FIGURA 3)** Sin embargo una de ellas, aunque existe como alternativa logica no se verifica en la practica. Se trata del pago obligatorio con desembolso directo sin seguro.

Por lo tanto los siete modelos restantes son:

1. Modelo voluntario, de desembolso directo
2. Modelo voluntario de reintegro (a pacientes)
3. Modelo público de reintegro (a pacientes)
4. Modelo de contrato voluntario
5. Modelo de contrato público
6. Modelo de integración vertical voluntario
7. Modelo de integración vertical público.

**Figura 3: Modelo de Evans para el Analisis de los subsistemas de financiacion y pago dentro de los sistemas de salud**

| MODELO DE PAGO | FINANCIACION<br>PRIVADA (Voluntaria) | FINANCIACION<br>PUBLICA (Obligatoria) |
|---|---|---|
| **Desembolso directo del Usuario** | Modelo Voluntario de desembolso directo | No Existe |
| **Desembolso directo con Reintegro** | Modelo Voluntario de Reintegro (a pacientes) | Modelo Publico de Reintegro (a pacientes) |
| **Indirecto por contrato** | Modelo de Contrato Voluntario | Modelo de Contrato Público |
| **Indirecto con Integracion Vertical** | Modelo de integración Vertical voluntario | Modelo de Integración Vertical Público |

Tomado de Tobar: *Herramientas para el Analisis del Sector Salud*. Op.Cit

**Financiamiento**

Además, el Estado puede comprometerse en el financiamiento de servicios producidos por contratistas privados. En este caso, el Estado es un comprador en el mercado de los servicios de salud.

**Prestacion**

En otras ocasiones, el Estado puede asumir la propiedad directa de las instalaciones para la atención de la salud, de modo que los prestadores individuales son empleados públicos.En este caso, se convierte en productor dentro del mercado de servicios. Manteniendo otros factores constantes, la propiedad significa un grado más alto de control estatal que el mero financiamiento y este último incluye mayor control que la sola regulación. Lo anterior puede expresarse como una asociación concatenada entre los tres grados de control, tal como se explicó en la sección sobre los actores y las relaciones de los sistemas de salud.

**Asociacion concatenada**

El concepto de asociación concatenada es necesario para interpretar correctamente los renglones de la figura 2. Así, cuando el Estado participa directamente en la prestación de servicios también lo hace en el financiamiento y en la regulación. En forma semejante, si un Estado financia los servicios también participa en su regulación. Cuando se limita a regular el mercado, entonces el financiamiento y la prestación quedan ambos a cargo de agentes privados.

Como puede verse, la participación del Estado no es una cuestión de todo o nada, como a veces se presenta en los debates. En la vida real es muy poco común que se den los extremos de la privatización total o del monopolio público. El Estado generalmente se reserva para sí la función regulatoria (aunque incluso en este caso la operación de ciertas actividades específicas, como el licenciamiento de los prestadores de servicios, puede ser delegada a instancias privadas, como los colegios profesionales). En el caso de las otras dos funciones —el financia-

miento y la prestación de servicios— existe una amplia variación en los grados de participación pública y privada, como se refleja en las distintas modalidades de la figura 2.

La regulación, el financiamiento y la prestación se pueden aplicar a diferentes grupos, según los principios que regulan su acceso a los servicios. Para tener una imagen completa de las modalidades es indispensable, por lo tanto, incorporar al otro actor central de los sistemas de salud: la poblacion.

## *Principios eticos de intervencion del estado en el acceso de la poblacion a la atencion de la salud.*

***Por resultar de suma importancia para entender la clasificacion propuesta se desarrollara nuevamente el concepto de Principios de Acceso. Puede obviar dicho desarrollo el lector que los haya comprendido y asimilado cabalmente en el capitulo sobre Politicas Sociales.***

En el fondo del asunto de la participación del Estado en la atención a la salud subyace un asunto de fundamental importancia política y ética. Nos referimos a los principios que guían el acceso de los distintos grupos de la población a los beneficios de la atención. Por su propia naturaleza, estos principios determinan la equidad en la utilización de los servicios y las prioridades en la distribución de los recursos para la salud.

***En el fondo del asunto de la participación del Estado en la atención a la salud subyace un asunto de fundamental importancia política y ética. Nos referimos a los principios que guían el acceso de los distintos grupos de la población a los beneficios de la atención. Por su propia naturaleza, estos principios determinan la equidad en la utilización de los servicios y las prioridades en la distribución de los recursos para la salud.***

Existen cuatro principios alternativos de acceso a los servicios de salud.

**Poder de compra. (Estado ausente)**

Este principio determina el acceso al mercado privado de servicios; su base ética es que los servicios de salud no son diferentes a otros satisfactores que forman parte del sistema general de recompensas al que se accede por medio del ingreso monetario. Por tanto, este principio postula que los servicios de salud pueden comprarse y venderse en el mercado privado; el único mecanismo para regular el acceso es el precio.

### Ventajas del modelo de Evans para análisis de los sistemas de salud

Es necesario destacar que, si bien esta modelización de los sistemas de salud da un paso más allá respecto de la clasificación tradicional al analizar con mayor detalle algunas de las interacciones entre los actores principales del sistema, no deja de constituir una abstracción estilizada de la realidad. Por lo tanto, difícilmente se encontrarán casos fieles a los modelos enunciados y las clasificaciones presentadas deberán considerarse simplemente como guías para una mejor comprensión del sistema bajo estudio.

Una de las principales ventajas de esta clasificación reside en el hecho de que permite un análisis pormenorizado de los flujos de recursos y servicios y, de esta manera, resulta adecuado para evaluar los posibles impactos de las medidas de reforma sobre los niveles de gasto y prestaciones. Una segunda ventaja consiste en que cada modelo constituye un circuito o flujo cerrado de provisión y financiación, de modo que una vez identificados los siete modelos particulares de sistemas, según su financiación, es posible deconstruir un sistema complejo de la envergadura de un sistema nacional identificando sus subsistemas de acuerdo a los flujos de recursos que generan. Por otro lado, permite detectar con mayor facilidad las fallas del mercado propias de cada configuración.

Esta posibilidad de avanzar en el análisis de los sistemas nacionales desde el estudio micro de sus subsistemas se apoya en la identificación de dos de las tres preguntas centrales de los modelos de financiación de sistemas de salud: ¿de donde provienen los recursos? – las fuentes de ingresos del sistemas- y ¿cómo son asignados? - los instrumentos o modelos de pago con que se remunera a los proveedores de servicios-. De esta manera se hace posible observar como pequeñas transformaciones o ajustes en las formas de recaudar y asignar los recursos generan cambios y repercuten sobre aspectos relacionados con la gestión y los modelos de atención. Por este motivo en el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional, es fundamental identificar los flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud.

### Flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud

Hay dos distinciones necesarias para discriminar los flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud. Por un lado, están los inputs o flujos entrantes, las fuentes de los ingresos que financian el sistema. Por el otro, están los outputs, o flujos salientes que constituyen los modelos de pago a los proveedores de servicios de salud.

*Flujos entrantes*

Primero, dentro de los sistemas obligatorios los ingresos se dividen en: aquellos que están financiados principalmente por contribuciones deducidas del salario y son administrados por instituciones del seguro social cuasi-autónomas; y aquellos financiados principalmente por los impuestos generales y son administrados por los organismos de financiamiento del gobierno local o central. En los sistemas voluntarios los ingresos son siempre desembolsos de los usuarios que pueden ser prepagos - compra de servicios de aseguramiento, primas que el usuario paga para recibir una protección frente al riesgo de enfermar - o en postpagos -compra de servicios médicos que el usuario paga al prestador una vez que ya se enfermó y fue atendido.

*Flujos salientes*

Las formas o métodos de pago se pueden clasificar según a quién se esté remunerando. En principio se podría distinguir a los profesionales (personas físicas) de los hospitales (personas jurídicas).

En el esquema de Evans las formas de pago a los profesionales se dividen en: pago por cada acto médico; capitación (pagos por cada cliente registrado o afiliado por período de tiempo) y salario (pagos por cada período de tiempo).

Los dos primeros métodos pueden describirse como relacionados a la producción o como que permiten que “el dinero siga al paciente” —esto es tiene mayor validez para el sistema de pago por acto médico que para el sistema capitado.

En el esquema de Evans, los métodos de pago a los hospitales se dividen en: pago por caso; pago por día y presupuestos globales prospectivos.

Nuevamente, los dos primeros métodos pueden ser descriptos como relacionados a la producción o como que permiten que “el dinero siga al paciente”.

Finalmente, los proveedores de atención se dividen en: profesionales e instituciones independientes y empleados e instituciones públicas.

Esta última distinción, sin embargo, se diluye cuando se trata de médicos asalariados que retienen su autonomía profesional.

***Hasta ahora, los sistemas de salud de muchos países en vias de desarrollo, incluyendo Argentina, se han caracterizado por la aplicación simultánea de los tres principios descritos, es decir, poder de compra, pobreza y prioridad social. Cada uno ha dado lugar a una modalidad diferente, a saber, la atención privada, la asistencia pública y la seguridad social, respectivamente. A su vez, cada una de estas modalidades se ha ocupado, con notoria desigualdad de recursos, de algún subgrupo de la población, a pesar de lo cual ha persistido un segmento importante de habitantes que no es protegido por ninguno de los subsistemas.***

***Las inequidades a que han dado lugar los principios anteriores ha hecho necesario el desarrollo de una nueva forma de distribuir la atención a la salud, con la finalidad de cerrar la brecha entre sus beneficios potenciales y el acceso real de la población a ellos. Este nuevo principio es el de ciudadanía y representa un salto cualitativo respecto a los anteriores, pues es el único que por definición no se restringe a algún grupo en particular, sino que aspira a tener vigencia universal dentro de un país.***

En la sección anterior quedó claro que el mercado de servicios de salud exhibe muchas características especiales, las cuales obligan a sustraerlos del sistema general de recompensas. Ello sólo puede realizarse a través de la mediación del Estado. Las formas concretas en que el Estado resuelve esta cuestión forman la base de los restantes tres principios de acceso: la pobreza, la prioridad socialmente percibida y la ciudadanía.

**Pobreza (Focalizacion)**

La atención a la salud se destina a quienes demuestran indigencia o necesidad financiera. Este principio ha tomado cuerpo en las instituciones de asistencia pública, entre las que han destacado los ministerios de salud. Lejos de establecer una obligación pública, su fundamento es el interés político y la responsabilidad moral del Estado por ayudar a los grupos más necesitados de la sociedad y, de esta manera, proteger también a los demás .

**Prioridad socialmente percibida (Estado social)**

Ha sido característico de los seguros sociales en sus primeros momentos, aunque en la mayor parte de los países latinoamericanos ha permanecido como el criterio rector de las instituciones de seguridad social. El nombre de este principio se deriva del hecho de que beneficia únicamente a ciertos grupos sociales que son definidos por el Estado como prioritarios, sea porque tienen algún mérito especial o porque ocupan una posición estratégica (por ejemplo, los trabajadores industriales, los funcionarios públicos o los miembros del ejército). Una vez reconocida la prioridad de tales grupos, el Estado establece una

contribución financiera obligatoria a sus integrantes, a los empleadores y al propio Estado. Esta contribución especial no sólo asegura el financiamiento de los servicios, sino que además define un derecho a la atención de la salud, si bien únicamente para grupos limitados de la población.

**Ciudadanía**

surge de una extensión de los derechos civiles y políticos hacia los asuntos sociales. Una de sus premisas es que la libertad, la igualdad y la justicia social son nociones vacías a menos que todos los habitantes de un país hayan alcanzado un nivel decoroso de vida. Al igual que la educación, la salud se vuelve, entonces, una de las condiciones necesarias para una verdadera igualdad de oportunidades. En efecto, el acceso universal a la atención de la salud se concibe como un medio para que cada generación entre a la vida social con las mismas oportunidades. Tal igualdad constituye, a su vez, la base ética para distribuir los beneficios del desarrollo económico. Según esta concepción, la atención a la salud deja de ser una mercancía, un objeto de ayuda o un privilegio, para convertirse en un derecho social.

## *Tipos de modalidades.*

Al relacionar el grado de control con los principios de acceso, se generan los tipos de modalidades que se muestran en la figura 2. A diferencia de otras clasificaciones, que tienden a enfocarse únicamente en la oferta de los servicios, la nuestra adopta una perspectiva de relación derivada de la definición de sistema de salud.

Así, ***cada modalidad de organización es el resultado de una combinación específica entre un nivel de control y un principio de acceso.***

Además de la obvia capacidad para clasificar modalidades en un país y momento dados, la tipología propuesta puede revelar ciertos patrones mundiales. Vemos, por ejemplo, que no todas las modalidades son igualmente probables en la práctica. Así, el Estado no suele financiar ni prestar servicios cuyo acceso se basa en el poder de compra. (A través de subsidios o de la autorización para deducir ciertos gastos médicos de los impuestos, el Estado puede llegar a financiar indirectamente la atención privada, pero estas situaciones no representan modalidades de organización de la atención.)

**En síntesis, las variables a ser consideradas en el análisis de los flujos financieros son:**

**Ingresos -inputs-**

- *Pública (obligatoria)*
  - Contribuciones - vinculadas al trabajo -
  - Impuestos
- *Privada (voluntaria)*
  - Prepagas -primas o mensualidades-
  - Postpagas -pago por servicios médicos pres tados-

**Formas de pago a prestadores -outputs-**

- *A profesionales*
  - Acto médico
  - Capitación
  - Salario
- *A hospitales*
  - Por caso
  - Por día
  - Presupuesto global prospectivo

**1. Modelo voluntario de desembolso directo**

El modelo autofinanciado o voluntario de desembolso directo es el que, a primera vista, más se aproxima a un mercado competitivo de servicios de salud, aquel donde el usuario elige libremente y paga directamente por los servicios. Sin embargo, el mercado de servicios de salud presenta un conjunto de fallas particulares - las cuales, por otro lado, son el fundamento de la intervención del Estado en salud -. Los pagos autofinanciados dependen de la capacidad de pago. Cuando el ingreso es insuficiente o cuando el gasto de salud es inesperado y catastrófico, el modelo no será compatible con un acceso equitativo y suficiente a los servicios de salud ni con una protección adecuada del ingreso. Dejando de lado estas cuestiones referentes a la distribución y los riesgos, el logro de la eficiencia macro y micro económica es dudoso. Aún si los consumidores fueran totalmente conscientes, informados y con libertad para elegir el prestador, no resultaría suficiente para garantizar la soberanía del consumidor prevalecerá o que habrá una competencia efectiva.

Esto es a causa de la asimetría de conocimiento entre los pacientes y los médicos, y de la posesión de un poder monopólico colectivo por parte de los últimos. El modelo tiene mayor posibilidad de tener éxito para un gasto de salud menor y de rutina.

Esquematicamente segun la forma mas simple y temprana del mercado privado de salud se establecen transacciones directas, del propio bolsillo, según acto medico entre los consumidores y los prestadores del primer y segundo nivel. Los flujos de servicios y financieros se establecen, sin intermediarios entre prestadores-usuarios y usuarios prestadores respectivamente. Los prestadores del primer y segundo nivel aparecen como múltiples, ya que generalmente hay una competencia dirigida por el consumidor entre los mismos (frecuentemente sujeta a restricciones en cuanto a la publicidad y a la competencia de precios y otras prácticas restrictivas).

**Figura 2.** ***Tipología de modalidades de organización de los sistemas de salud.***

| | PRINCIPIOS DE ACCESO DE LA POBLACION | | | |
|---|---|---|---|---|
| **GRADO DE CONTROL POR EL ESTADO** | **Poder de Compra** | **Pobreza** | **Prioridad Socialmente Percibida** | **Ciudadania** |
| **Regulacion** | Atencion Privada | Beneficencia Privada | Servicios de Empresa | Seguro Social (Modelo Aleman) |
| **Financiamiento** | ---- | Medicaid *EEUU* | Seguro Social *Incipiente* | Seguro Nacional de Salud |
| **Prestacion** | | Asistencia Publica | Seguridad Social *Modelo Latinoamericano* | Atencion Socializada *Servicio Nacional de Salud* |

Dada la prevalencia del pago por parte de terceros para los servicios de salud, este modelo auto financiado juega actualmente un rol secundario en los sistemas de salud descriptos en este informe. Es usado universalmente para los medicamentos de venta libre, y para los copagos, especialmente para medicamentos con prescripción médica. Las consultas médicas privadas son frecuentemente pagadas del propio bolsillo.

**2. Seguro voluntario con reintegro**

Se denomina así al modelo de los seguros privados de salud en el sentido más estricto, donde la enfermedad puede ser concebida como un siniestro. Cuando una persona es asegurada paga una prima al seguro, al enfermarse también compra servicios médicos directamente a los proveedores pero este importe le es total o parcialmente reintegrado por el seguro.

El funcionamiento de los mercados privados de atención médica puede realzarse mediante la introducción de un seguro voluntario de salud, pero hay una tendencia a que haya efectos secundarios no deseados. El seguro voluntario “convencional” tipo indemnización, implica el reintegro total o parcial a los pacientes por las cuentas de atención médica, y una mínima interferencia con las transacciones médico/paciente. Hay pagos directos por actos médicos a los prestadores por parte de los consumidores; aseguradores competitivos; primas relacionadas al riesgo; ninguna conexión entre los aseguradores y los prestadores; y los aseguradores reembolsan a los pacientes por las cuentas médicas cubiertas bajo sus pólizas de seguro. Dentro de los consumidores, se puede hacer una distinción entre la población que paga primas y los usuarios/pacientes que utilizan los servicios.

El modelo voluntario con reintegro perfeccionará el modelo auto-financiado hasta el grado en que los consumidores pueden agrupar los riesgos para las facturas médicas inesperadas. Habrá ganancias en el bienestar si los individuos pueden intercambiar una determinada prima por el proyecto in-

Otra modalidad muy poco frecuente es aquella en la que el Estado limita su participación al financiamiento de los servicios médicos para los pobres. Hasta donde sabemos, el único caso actual está representado por el programa Medicaid en EUA. Tal escasez de casos puede reflejar el hecho de que, al tratar de subsidiar la asimilación de los pobres a la atención privada, estas modalidades van en contra de la práctica común de proveer servicios de salud para los pobres a través de una modalidad separada, propiedad del Estado, como es característico en la asistencia pública.

Aparte de aquellas modalidades que tradicionalmente no se han usado o se han usado raramente, existen otras que ahora son poco frecuentes, pero que en el pasado se encontraban con regularidad. Es el caso de los servicios de empresa, en los cuales ciertas compañías privadas organizaban el financiamiento y la prestación de atención para sus trabajadores. A medida que fueron ampliándose los seguros sociales obligatorios, esta modalidad tendió a ser desplazada, aunque no ha desaparecido del todo. De hecho, se le encuentra con frecuencia en Estados Unidos de América.

Además, la tipología tiene la ventaja de diferenciar situaciones que generalmente no se distinguen en las clasificaciones más convencionales de los sistemas de salud. El caso más importante se refiere a las diferentes modalidades de seguro social incluidas en la figura 2. En sus fases incipientes, muchos de los primeros programas de seguridad social estuvieron dirigidos solamente a los asalariados que percibían menos de un

cierto nivel de ingresos; generalmente quedaban excluidos sus dependientes, así como los trabajadores independientes, los campesinos y las clases media y alta. Este esquema se encuentra hoy en algunos países asiáticos y africanos donde recientemente se han introducido seguros obligatorios de salud.

En el caso de Europa, la cobertura fue extendiéndose progresivamente a grupos más amplios, hasta que todos los países terminaron adoptando el principio de ciudadanía. Aun así persistieron diferencias en el grado de control. Por ejemplo, en Alemania, el financiamiento quedó a cargo de fondos privados no lucrativos que contratan con prestadores de servicios privados. El Estado se limitó a regular a ambos, estableciendo los niveles mínimos de beneficios a que todo ciudadano tiene derecho. En casi todos los demás países de Europa occidental la prestación quedó en manos privadas, pero el Estado se encargó del financiamiento, dando así lugar a la modalidad generalmente conocida como seguro nacional de salud. Dos importantes excepciones a este patrón fueron Gran Bretaña y Suecia, donde el Estado se encargó de la mayor parte de la prestación, de manera que la modalidad dominante fue la atención socializada, también conocida como servicio nacional de salud. Como se señaló antes, en casi todos estos países se dieron también otras modalidades.

*«... la tipología nos permite identificar las varias modalidades que pueden coexistir en un determinado país, proporcionando una imagen más completa que la que puede obtenerse con categorías únicas. Una diferencia primordial entre los países es, precisamente, el grado de fragmentación de la participación del Estado en la atención de la salud, medido por el número y la fuerza relativa de las modalidades ...»*

En efecto, la tipología nos permite identificar las varias modalidades que pueden coexistir en un determinado país, proporcionando una imagen más completa que la que puede obtenerse con categorías únicas. Una diferencia primordial entre los países es, precisamente, el grado de fragmentación de la participación del Estado en la atención de la salud, medido por el número y la fuerza relativa de las modalidades. A este respecto, resulta necesario distinguir dos situaciones en lo que respecta a la **coexistencia de diferentes modalidades dentro un mismo sistema de salud**.

cierto de un mayor salario (si no se enferman) o de una pérdida financiera (si se enferman e incurren en gastos médicos). Hay otras dos desventajas importantes asociadas a este tipo de arreglo.

Primero, cuando el consumidor está protegido por este y otros tipos de seguro, no tiene incentivo para limitar su demanda (abuso moral) y los prestadores sabiéndolo, y con pagos por acto médico, tienen incentivos positivos para inducir la demanda. La competencia puede servir para estimular el volumen y calidad de los servicios y para aumentar, más que para reducir, los precios. Por esta razón, el modelo de reembolsos o reintegros usualmente se implementa acompañado por copagos. La tendencia a fomentar el gasto excesivo se verá reforzada si los gobiernos bien intencionados han establecido la desgravación impositiva para las primas del seguro de salud.

La otra desventaja importante es que no se hará nada para abordar las inequidades sistemáticas. El acceso al seguro estará relacionado a la capacidad de pago. Los aseguradores competitivos que buscan maximizar sus ganancias tienen un incentivo para seleccionar adversamente determinados riesgos o para recargar las primas contra los mismos. Es probable que a los individuos con condiciones pre - existentes de enfermedad se les niegue el seguro por dichas condiciones. Si los precios de la atención de la salud crecen a causa del seguro de reembolso, la condición de los grupos de bajos ingresos puede empeorar.

**3. Modelo público de reintegro**

Si el modelo del seguro de salud voluntario presenta problemas de equidad y selección adversa, al convertirlo en un seguro público estas debilidades pueden ser contrarrestadas.

El modelo público de reintegro involucra el agrupamiento obligatorio de riesgos, contribuciones basadas en los ingresos y subsidios públicos para reemplazar las contribuciones de los pobres.

El seguro público se basa en los mismos principios de reembolso abordados anteriormente, con: pago directo de pacientes a prestadores según acto médico; contribuciones obligatorias proporcionales al ingreso; organismos de financiamiento o fondos de enfermedad no competitivos; ninguna conexión entre los seguros y los prestadores ya que los primeros reembolsan directamente a los pacientes por las cuentas médicas según los beneficios del plan. Puede haber coseguros entre los pacientes y los aseguradores. Puede haber m últiples seguros con características específicas por rama de ocupación, industrias o localidades diferentes e inclusive libre elección del seguro por parte de los usuarios. Sin embargo, debe haber tasas uniformes de contribución y subsidios cruzados entre los fondos a fin de preservar la

solidaridad. Por esta razón, los fondos de enfermedad no aparecen como múltiples. Sin embargo, puede haber elección dirigida por el consumidor entre proveedores.

Este modelo puede ser diseñado para lograr el nivel deseado de equidad en el acceso a, y pago por, los servicios al costo de las contribuciones obligatorias. De lo contrario, tiende a compartir los defectos de su equivalente en el sector privado —abuso moral, demanda inducida por el proveedor y una tendencia hacia altos costos administrativos. Nuevamente, el abuso moral puede ser contrarrestado con el recurso a copagos y tickets moderadores.

**4. Modelo de contrato voluntario**

El denominado modelo de contrato se diferencia del modelo de seguro porque lo que se asegura a los usuarios no es un reintegro sino que recibirá atención médica sin que ello involucre el desembolso directo. En otros términos, es un modelo de seguros donde el paciente solo paga una mensualidad. Como contrapartida este modelo exige un acuerdo entre el proveedor y el seguro que se formaliza en un contrato. Dicho contrato generalmente establece las bases del modelo de atención.

*«... las modalidades fragmentadas por subgrupos de población suelen tener efectos negativos en la equidad, ya que las modalidades que se encargan de los pobres usualmente cuentan con menos recursos para atender una mayor carga de necesidades de salud ...»*

Desde hace mucho tiempo los mercados privados en Europa desarrollaron planes de seguro de salud voluntario que implicaban relaciones contractuales entre aseguradores y prestadores independientes que habilitaban a estos últimos (pero no a otros) a proveer servicios en forma total o mayormente gratuita a los afiliados asegurados . Estos fueron precursores de aquellas HMO´s en USA que contratan a médicos individuales ó a grupos de médicos. En este modelo los servicios son provistos en especie a los pacientes, existe competencia entre aseguradores, las primas (de tasa fija) son pagadas voluntariamente por la comunidad y los pagos son directos según acto médico o son pagos capitados de las terceras partes a los prestadores. Los prestadores aparecen como múltiples , ya que la competencia está dirigida por los aseguradores más que por los consumidores individuales.

*«... manteniendo constante la riqueza nacional total y la porción destinada a la salud, los niveles de desempeño de los sistemas de salud dependen de qué tan eficiente y equitativamente se utilicen los recursos para la atención ...»*

Este modelo admite varias versiones: Por un lado, según quien controle o sea responsable por la gestión de los seguros; Estos pueden ser: Los consumidores, Los médicos u Organizaciones privadas que son independientes tanto de los consumidores como de los médicos.

Por otro lado, el modelo admite variaciones según los tipos de beneficios incluidos. El plan puede limitarse solo a la atención primaria, pueden cubrir tanto la atención primaria como la hospitalaria, o incluso puede restringirse solo a las emergencias o a los altos riesgos.

En la primera, las diversas modalidades coexistentes se refieren a diferentes tipos de servicios, pero cada una de ellas cubre a la población entera

En la segunda, las modalidades se encuentran fragmentadas por subgrupos de población. Esta clase de segmentación suele tener efectos negativos en la equidad, ya que las modalidades que se encargan de los pobres usualmente cuentan con menos recursos para atender una mayor carga de necesidades de salud. Dado el carácter polarizado de la transición epidemiológica, tales arreglos terminan reproduciendo la desigualdad social. Así ha ocurrido en la mayoría de los países latinoamericanos que, como se vio antes, cuentan con un sector público bimodal, a lo cual hay que añadir una atención privada concentrada en los grupos mejor acomodados. Más que plurales, se trata de sistemas polarizados.

Como queda ilustrado por este último caso, no todas las combinaciones de modalidades resultan óptimas para hacer avanzar el objetivo de la equidad o para alcanzar los mayores niveles de salud al menor costo posible. En efecto, los estudios comparativos revelan enormes discrepancias en el desempeño de diferentes sistemas de salud. Existe una variación muy amplia en los indicadores de salud entre países que se encuentran en niveles semejantes de desarrollo y que gastan aproximadamente lo mismo en sus respectivos sistemas de salud. Ello demuestra que, manteniendo constante la riqueza nacional total y la porción destinada a la salud, los niveles de desempeño dependen de qué tan eficiente y equitativamente se utilicen los recursos para la atención.

En virtud de esta variación, se ha dado una búsqueda casi universal de mejores formas de regular, financiar y prestar los servicios de salud. La búsqueda es igualmente intensa tanto en los países ricos como en los antiguos regímenes socialistas y en las naciones en vías de desarrollo. Junto con los motivos económicos y políticos, este proceso ha sido alimentado por la necesidad de en-

contrar respuestas a los complejos retos de la transición epidemiológica.

Uno de los elementos medulares en los intentos de reforma ha sido el replanteamiento del papel del Estado. Se ha generado, así, un amplio debate sobre lo que se ha dado en llamar la "mezcla públco/privada", es decir, la distribución de atribuciones entre el Estado y los actores privados con o sin fin de lucro. Éste no es el sitio para analizar esta cambiante discusión, que sin duda se mantendrá como un tema central durante muchos años por venir. Baste señalar que en éste, como en tantos otros aspectos, el campo de la salud no escapa a los tratamientos más amplios sobre el modelo de la sociedad futura. Es probable que en el proceso de búsqueda puedan inventarse modalidades de organización, hasta ahora insospechadas, que combinen lo mejor de los sectores público y privado. Si así ocurriera, la salud volvería a ofrecer un espacio donde se diseñen soluciones innovadoras a problemas generales del desarrollo social.

Para que la búsqueda de soluciones tenga sentido, es necesario estar convencidos de que los servicios tienen de hecho un efecto positivo sobre las condiciones de salud. La fundamentación más profunda del sistema de salud es que, en efecto, constituye una respuesta social a dichas condiciones, las cuales mejoran como resultado de esa respuesta. Pero no todos han estado convencidos de que esta relación exista. Nuestro análisis del sistema de salud no puede concluir sin revisar, así sea en sus líneas generales, la cuestión crítica del efecto de los servicios sobre la salud de la poblacion.

## ¿Para que sirven los sistemas de salud?

Esta pregunta ha ocupado y preocupado a muchos pensadores, profesionales, políticos y público en general. Como se señaló antes, la atención de la salud es un conjunto complejo y multidimensional de actividades que comprende muchos actores, cada uno con sus respectivas expectativas e intereses. Por ello, los sistemas de salud pueden cumplir múltiples propósitos secundarios, como generar empleos o ganancias económicas. Más allá de tales propósitos, todo mundo parece coincidir en que los servicios deben ser, ante todo, un medio para alcanzar el fin de una mejor salud. Lo que ha generado discre-

Dos rasgos importantes de este modelo son: que la elección del consumidor generalmente está restringida a los prestadores contratados; y que los aseguradores tienen tanto el incentivo como los medios para negociar una atención económica pero de alta calidad en nombre de los consumidores. Si bajo este modelo se ofrece atención hospitalaria, es probable que los médicos de atención primaria oficien de "porteros".

Los planes de seguro de salud voluntario con contratos tienen un mayor potencial para lograr la eficiencia micro y macroeconómica que el seguro "convencional". Ello se debe al poder compensatorio ejercido por los aseguradores y a que, en muchos casos, se implementan modelos de atención centrados en la figura del un médico de atención primaria que desempeña funciones de "portero". Es probable que haya ahorros en los costos administrativos en comparación con el seguro convencional. La principal debilidad del modelo es su limitada capacidad para lograr equidad y solidaridad.

**5. Modelo de contrato público**

El Diagrama 5. muestra un modelo de contrato público con: servicios provistos a consumidores elegibles en especie; organismos de financiamiento o seguros de salud no competitivos; contribuciones obligatorias en proporción al ingreso; y pago directo según acto médico o capitado por parte de los seguros de salud a los pres tadores independientes.

Nuevamente, este modelo tiene una cantidad de versiones. La fuente de fondos puede ser los impuestos generales más que las contribuciones. En vez de los seguro de salud, las terceras partes pueden ser el gobierno local o central o, inclusive, los médicos del primer nivel en el caso de prestadores de segundo nivel. Y los prestadores, especialmente si son hospitales, pueden ser organismos públicos. Los rasgos principales de este modelo son que las terceras partes son públicas y que tienen relaciones contractuales con los prestadores — en otras palabras, hay una separación entre los organismos de financiamiento y los prestadores. También es usual que los métodos de pago a los prestadores estén, al menos parcialmente, relacionados a la producción, Es (y, en algunos casos, fue) común en los sistemas de seguro social europeos que los prestadores hayan ganado el derecho de hacer contratos con cualquier seguro, bajo la consigna de "libre elección de médico". Esto puede ampliar la elección del consumidor en comparación con el modelo voluntario, pero a expensas de convertir a los fondos de enfermedad locales en oficinas pasivas de pago. Esto previene que los fondos exploten su poder monopsónico localmente. Como resultado, la negociación sobre honorarios y precios usualmente se da entre las asociaciones nacionales o regionales de los fondos de enfermedad (u organismos gubernamentales centrales) y los prestadores bajo un monopolio bilateral. Cuando este se combina con elección del prestador por parte de los pacientes resulta en una competencia dirigida por el consumidor por la cantidad y calidad de los servicios, pero no por el precio.

El modelo de contrato público comparte muchas de las características del la versión voluntaria. Es capaz de preservar

la libertad de elección de prestador para los consumidores, si bien ello depende del alcance de los contratos negociados por las terceras partes. Usualmente no ofrece libertad de elección de asegurador. La eficiencia macroeconómica tiende a pasar a ser responsabilidad del gobierno. Existe un considerable potencial para lograr eficiencia microeconómica mediante una combinación de competencia dirigida por el consumidor por la calidad, y el desarrollo de los incentivos y regulaciones apropiadas en los contratos entre los aseguradores y los prestadores. No obstante, ambas están sujetas a limitaciones de información. Si el pago es capitado es probable que se logren economía en comparación con el modelo de reembolso. También es probable que los costos administrativos sean menores en comparación con el modelo de reembolso. En particular por la ausencia o el bajo gasto de comercialización. Como el modelo implica obligatoriedad puede ser diseñado para brindar cobertura universal y el nivel deseado de equidad.

En diversas versiones, este es actualmente el modelo dominante para los médicos de atención primaria en Alemania, Irlanda, los Países Bajos,. y el Reino Unido, y para los hospitales en Bélgica, Holanda, Alemania y el Reino Unido. El modelo contractual también juega su parte en los pagos a los médicos de atención primaria en Bélgica y Francia. Como entre las mayores tendencias en la organización y financiación de los sistemas de salud se destacan la separación de las funciones de provisión y financiación, el recursos a los modelos de subsidio a la demanda y la conformación de un mix público – privado de proveedores de servicios, este modelo es cada vez más vigente. En él se centran muchas de las reformas discutidas en los siguientes capítulos de este libro.

**6. Modelo voluntario integrado**

Un desarrollo temprano en los mercados privados europeos de atención médica fue que algunos grupos de consumidores así como también ciertos aseguradores prefirieron recurrir a la financiación de la oferta, emplear médicos asalariados y ser propietarios de las instalaciones para la atención primaria —e inclusive servicios hospitalarios— antes que contratar a prestadores independientes. Luego, estos tipos de arreglos fueron redescubiertos en los Estados Unidos de Norteamérica dentro de lo que se dio a conocer como managed care de las HMOs. El Diagrama 6 representa la versión voluntaria de este modelo con: servicios provistos a los pacientes en especie; aseguradores competitivos; primas voluntarias basadas en la comunidad; e integración vertical entre aseguradores y prestadores, con salarios y pagos con presupuestos prospectivos a los prestadores. Una vez más, los prestadores aparecen como múltiples usando líneas punteadas para indicar que la elección del prestador por parte de los consumidores será consecuencia de, pero estará restringida por, su elección de asegurador.

El modelo integrado voluntario preserva la libertad de elección de asegurador a expensas de restricciones en la elección de prestador. Restringe la autonomía ejecutiva de los médicos, a pesar de que puede coexistir con la autonomía

pancia es la fuerza de esta relación comparada con otros determinantes de los niveles de salud. La forma en que se resuelva esta cuestión afectará, de manera fundamental, el lugar de los programas de salud dentro de las prioridades nacionales.

Las líneas del debate han quedado trazadas con bastante claridad. Un lado sostiene que la mejoría en los niveles de salud se ha debido a avances específicos de la medicina y la salud pública. El otro lado afirma, por el contrario, que los servicios tienen un efecto muy bajo sobre los niveles de salud. De acuerdo con este punto de vista, la clave para explicar el avance de la salud no debe buscarse en los “milagros médicos”, sino en un proceso general de desarrollo que ha incidido favorablemente sobre los otros determinantes próximos analizados en el capítulo III, a saber, las condiciones de trabajo, las condiciones de vida y los estilos de vida. Las implicaciones de esta controversia no son sólo académicas, pues repercuten directamente sobre las estrategias de asignación de recursos que el Estado debe seguir en su política de salud.

En virtud del carácter conceptual de este libro, no revisaremos aquí la génesis y la evolución de este debate, que ha sido particularmente intenso al menos desde la década de los años cincuenta, justo cuando la mayor parte de los países del mundo empezaron a registrar descensos espectaculares en la mortalidad.[44] En cambio, nos enfocaremos en una cuestión esencial para empezar a resolver muchos de los dilemas planteados por el debate. Esa cuestión consiste en dilucidar cuál es el producto de la atención a la salud.

En sus aspectos medulares, el debate sobre el valor de los servicios de salud ha girado en torno al supuesto de que el principal producto de la atención es la reducción de la mortalidad. De hecho, la mortalidad se ha usado como el principal indicador de las condiciones de salud y, por lo tanto, como el criterio para comparar los efectos de la atención a la salud versus los otros determinantes. Sin embargo, por más sorprendentes que sean las intervenciones para salvar vidas, lo cierto es que forman parte mínima de lo que los sistemas de salud hacen y producen. Son otras variables, de mucho más difícil cuantificación que la mortalidad, las que reflejan el impacto del grueso de la atención a la salud. Algunos de los productos de la atención tienen que ver más con la calidad que con la cantidad de vida. Es el caso, por ejemplo, del alivio del

dolor y el sufrimiento, así como de la corrección de invalideces y deformidades anatómicas. Los servicios personales también generan algo que no suele reflejarse en las estadísticas de salud, pero que puede tener importancia vital. Se trata de la información que permite al paciente organizar la experiencia de su propio estado de salud, a fin de aliviar preocupaciones o de inducirlo a tomar alguna medida terapéutica. La información, como producto del sistema de salud, también puede dirigirse a la población en general. En esta misma línea se encuentra la seguridad que un sistema bien organizado brinda a la población, así como las múltiples oportunidades que ofrece para la participación y la movilización comunitarias.

La relación entre los servicios y los niveles de salud presenta otras sutilezas que es necesario analizar. Así, en muchos casos, el éxito mismo de la atención produce "efectos paradójicos. [45]

Algunos de ellos simplemente reflejan el hecho de que un buen sistema detecta y reporta más casos de enfermedad. Otros efectos paradójicos, sin embargo, sí son reales.[46] Como se explicó en el capítulo III al abordar la dinámica de la transición epidemiológica, la prevención y el tratamiento con éxito de enfermedades letales agudas mejoran la sobrevivencia y la longevidad pero, por ello mismo, también aumentan el riesgo de desarrollar padecimientos crónicos. Más aún, cuando una enfermedad crónica puede ser controlada mas no curada, el efecto neto es que su duración promedio en la población se alarga y por lo tanto su prevalencia se incrementa.[47] Además, la incidencia también puede crecer en las siguientes generaciones cuando la enfermedad en cuestión tiene una base genética y su tratamiento aumenta las probabilidades de reproducción de los pacientes, tal como se mencionó en el capíulo III. En todos estos casos, el uso de mediciones sin refinar de mortalidad o morbilidad para evaluar la atención a la salud revelaría falsos fracasos.[48]

Reconocer los aspectos positivos de la atención no implica soslayar sus deficiencias cuantitativas y cualitativas, pero sin ese reconocimiento resulta imposible, innecesario e ilógico hacer propuestas para la extensión y el mejoramiento de los servicios.

El hecho, antes referido, de que países con el mismo nivel de desarrollo económico puedan tener condiciones de salud muy diferentes, revela que los sistemas de atención sí importan y

clínica. Posee un buen potencial para lograr eficiencia micro y macroeconómica porque hay: incentivos competitivos; buenas oportunidades para gestionar la provisión de atención (a través de "porteros" y el contrato de empleo); y perspectivas para lograr ahorros administrativos a causa de la integración vertical. Si bien hay incentivos hacia el subservicio, estos son contrarrestados por la necesidad del asegurador de atraer y mantener al consumidor en un mercado competitivo de seguro. Sin embargo, al igual que sucede con los modelos de reembolso y contractual, es improbable que este modelo logre el nivel deseado de protección del ingreso o de equidad para los grupos vulnerables. Ello es porque la adquisición de seguro dependerá de la capacidad de pago y habrá incentivos para la selección del riesgo en un mercado competitivo. El modelo no fue popular con la medicina organizada en Europa y, en su versión voluntaria, no pudo sobrevivir al establecimiento de los planes de seguro nacional obligatorio (Abel-Smith, 1988).

En Argentina y Uruguay surgieron fuertes sistemas mutuales desarrollados por las diferentes comunidades de migrantes europeos (británicos, españoles, alemanes, franceses, etc.) En el caso argentino la mayoría de las mutuales de comunidad se reconvirtieron en prepagos competitivos de libre afiliación organizados sobre la base de una estructura propia (integración vertical).

**7. Modelo público integrado**

La mayor parte de los sistemas públicos de atención a la salud se centraron en la financiación de la oferta. El Diagrama 7 muestra esta versión con: servicios provistos a pacientes en especie; pagos de terceros organizados por organismos de financiamiento públicos, usualmente gobiernos locales o centrales; financiación por contribuciones obligatorias proporcionales al ingreso, frecuentem ente vía impuestos generales; y pagos a prestadores mediante salarios y presupuestos prospectivos. Variaciones del modelo son posibles, incluyendo la financiación por contribuciones del seguro social y un mayor o menor grado de autonomía clínica. Tal es el caso del programa que incorpora al Hospital Público de Autogestión ya vigente en Argentina y en implementación en el Uruguay.

En términos generales, los consumidores no pueden elegir el asegurador dentro del plan público. En la versión pura del modelo, es probable que también su elección de prestador esté limitada.

La versión pública del modelo integrado se distingue de la voluntaria porque:

- El usuario no puede elegir al asegurador
- El asegurador (Estado) no tiene incentivos para retener la clientela de los asegurados
- El usuario no puede elegir el prestador (ni el hospital ni el médico), o bien puede hacerlo pero esta elección seguramente será mucho más limitada que dentro del modelo de contrato público.
- Involucra incentivos perversos a los prestadores. Si a los prestadores se les paga a través de salarios y presupuestos globales el dinero no sigue al paciente. A los prestadores eficientes se los recompensa con más trabajo pero no con

mayores recursos. La recompensa para los prestadores ineficientes es una vida tranquila y recursos no utilizados. Las colas para acceder a los servicios son un lugar común, y los pacientes tienden a transformarse en suplicantes agradecidos más que en consumidores habilitados. Además, carece de incentivos para que los prestadores minimicen los costos unitarios. Por ejemplo, el gasto hospitalario en un año es frecuentemente cubierto con una reducción de la subvención al año siguiente.

Ð La eficiencia macroeconómica pasa a ser responsabilidad del gobierno, y a causa de la naturaleza integrada del modelo es relativamente fácil para el gobierno controlar el gasto total de salud al nivel que desea. El modelo integrado es probablemente capaz de lograr ahorros administrativos adicionales en comparación con el modelo de contrato. Este modelo, al implicar obligatoriedad, es capaz de lograr una cobertura universal y el nivel deseado de equidad.

Ð Este es el modelo dominante en los servicios públicos de casi todo América Latina donde los hospitales se financian a través de presupuestos (la mayoría de las veces históricos) y los profesionales son asalariados.

que, por lo tanto, es necesario hacer esfuerzos explícitos por mejorar su desempeño.

Por otra parte, este planteamiento no se opone a la necesidad de emprender cambios sociales más amplios como estrategia para elevar los niveles de salud de la población. De hecho, el debate que enfrenta a los servicios versus el desarrollo socioeconómico como determinantes alternativos de la salud encierra un falso dilema. Los servicios no están desmembrados de las condiciones sociales, como a veces parece sugerirse. Por el contrario, la calidad y la cobertura de los servicios de salud forman parte de la definición misma de desarrollo y constituyen uno de los principales indicadores del bienestar social.

Es probable que el descenso inicial de la mortalidad en algunos países subdesarrollados se haya debido a intervenciones que, como el control de vectores, pueden imponerse a una población pasiva, con relativa autonomía de su nivel de desarrollo sociceconómico. Pero esta estrategia tiene serias limitaciones.

En general, parece claro que los descensos subsiguientes en la mortalidad y la morbilidad se dan a través de un proceso de desarrollo que incluye, como uno de sus componentes principales, la infraestructura necesaria para proporcionar servicios de alta calidad.

En suma, las complejas interrelaciones que caracterizan al campo de la salud exigen superar los falsos dilemas. Como se señaló desde la Introducción de este libro y como se trató de demostrar con mayor detalle en el capítulo III, la salud tiene múltiples determinantes. Entre ellos se encuentran los servicios, los cuales están, a su vez, determinados por varios de los procesos sociales más amplios que afectan las condiciones de salud. Dentro de esta intrincada red de influencias recíprocas, la calidad de los servicios tiene un efecto propio sobre los niveles de salud. Es necesario, por lo tanto, adoptar una visión integral que guíe las políticas de salud para que éstas se orienten, simultáneamente, hacia el mejoramiento de las condiciones de vida y la extensión de servicios, el control de los riesgos ambientales y la atención de los individuos, la promoción del bienestar social y la reparación oportuna de los daños a la salud.

Esta visión integral justifica la necesidad de estudiar en detalle los sistemas de salud, como se ha tratado de hacer en este capítulo, y de diseñar con cuidado las modalidades de la respuesta social organizada. Un sistema de salud equitativo y de alta calidad puede, a su vez, ayudar a dirigir el curso de la transición epidemiológica.

Sin embargo, es indispensable tener presente que, aun si se resolvieran los problemas actuales, siempre surgirían nuevos retos, pues la salud total es, finalmente, un espejismo, tal como nos lo recordó René Dubos:

Desde los días del hombre de las cavernas, la Tierra nunca ha sido un Jardín del Edén, sino un valle de la decisión, donde la adaptabilidad es cualidad esencial para la sobrevivencia. La Tierra no es un lugar de descanso. El hombre ha elegido luchar, no necesariamente para sí mismo, sino para un proceso de crecimiento emocional, intelectual y ético que estará siempre en marcha. Crecer en el seno de los peligros es el destino del género humano, pues tal es la ley del espíritu.[49]